Maj du 07-04-2021

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

PRÉVUE À L'ARTICLE L 165 - 1
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Avertissement .....
Mises à jour réglementaires (arrêtés modifiant la LPP) .....
- 2021
  - Mars
  - Fevrier
  - Janvier
- 2020
  - Decembre
  - Novembre
  - Octobre
  - Septembre
  - Août
  - Juillet
  - Juin
  - Mai
  - Avril
  - Mars
  - Fevrier
  - Janvier
  - 2019
  - Décembre
  - Novembre
  - Octobre
  - Septembre
  - Août
  - Juillet
  - Juin
  - MAI
  - Avril
  - Mars
  - Février
  - Janvier
  - 2018
  - Décembre
  - Novembre
  - Octobre
  - Septembre
  - Août
  - Juillet
  - Juin

- Mai
- Avril
- Mars
- Février
- Janvier

2017
- Décembre
- Novembre
- Octobre
- Septembre
- Août
- Juillet
- Juin
- Mai
- Avril
- Mars
- Février
- Janvier

2016
- Décembre
- Novembre
- Octobre
- Septembre
- Août
- Juillet
- Juin
- Mai
- Avril
- Mars
- Février
- Janvier

2015
- Décembre
- Novembre
- Octobre
- Septembre
- Août
- juillet
- Juin
- Mai
- Avril
- Mars
- Février

Janvier
2014
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Aout
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2013
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2012
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2011
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier

2010
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2009
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2008
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2007
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre

Août
Juillet
Juin
Avril
Mars
Février
Janvier
2006
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2005
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2004
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Mai
Avril
Mars
Février
Janvier
2003
Novembre
Octobre
Septembre
Juillet
Juin
Mai
Avril

Mars
Février
Janvier
2002
Décembre
Novembre
Octobre
Septembre
Août
Juillet
Juin
Avril
Mars
Février
Janvier
2001
Décembre
Octobre
Septembre
Liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale
Titre I. - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements
Généralités
Spécifications techniques de la fourniture des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.
1) Conditions de fonctionnement et de maintenance demandées aux fournisseurs de matériels susceptibles d'être livrés pour traitement à domicile:
2) Caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les articles ci-dessous
Facturation des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.
Conditions de prise en charge des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.
Chapitre 1. - Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques.
Spécifications techniques
Section 1. - Débitmètre de pointe.
Section 2. - Appareillage pour maladies chroniques nécessitant des perfusions continues à domicile.
Section 3. - Dispositifs médicaux pour autosurveillance, autotraitement et automesure.
Section 4.
Électrostimulateur neuromusculaire pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.
Section 5.
Section 6.
Appareils pour rééducation à domicile par poulie-thérapie.
Matériaux destinés à la réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate.
Nomenclature et tarifs
Section 1. - Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques.
Sous-section 1 : Appareils générateurs d'aérosols
Liste de prise en charge pour les générateurs et les couples
Couples générateurs d'aérosol et nébuliseurs

Sans conditions particulières de prise en charge
Avec conditions particulières de prise en charge
Générateurs d'aérosol pneumatiques avec systèmes de nébulisation intégrée
Générateurs d'aérosol ultrasoniques avec systèmes de nébulisation intégrée
Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement des affections respiratoires
Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)
Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).
Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement de la mucoviscidose à forme respiratoire
Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)
Sans générateur de vapeur (sans humidificateur) à ultrasons générateur de particules inférieures à 3 microns.
Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).
Société PARI
Société La diffusion technique française (DTF)
Appareils générateurs d'aérosols spécifiques du traitement des affections de la sphère ORL.
Sous-section 2 : Dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire et prestations associées
Paragraphe 1 : Oxygénothérapie
I- Oxygénothérapie à long terme
I-I- Conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme
I-II- Description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme
Forfaits OLT – Concentrateurs en poste fixe
Société Invacare Poirier SAS (INVACARE)
Forfaits OLT – Oxygène liquide
Forfaits OLT – Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur
Société Invacare Poirier SAS (INVACARE)
Société Philips France (PHILIPS)
DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS
Forfaits OLT – Concentrateurs d'oxygène mobiles
Société Invacare Poirier SAS (INVACARE)
Société Philips France (PHILIPS)
Société ScaleoMedical (SCALEO)
Société CAIR Inc (CAIRE)
II- Oxygénothérapie à court terme
II-1- Conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à court terme
II-2- Description de la prestation de l'oxygénothérapie à court terme
Forfait d' oxygénothérapie à court terme OCT 3.00
III- Prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie
III-1. Conditions générales d'attribution de la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie
III-2. Description de la prestation
Paragraphe 2 : Ventilation assistée
Conditions générales d'attribution
Prestations communes aux forfaits de ventilation assistée:
Forfait hebdomadaire 4 : Ventilation assistée pour trachéotomisés
Forfait hebdomadaire 5 : Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures
Forfait hebdomadaire 6 : Ventilation assistée inférieure à 12 heures
Forfait hebdomadaire 7 : Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux
Paragraphe 3 : Trachéotomie sans ventilation
Le forfait couvre:
Forfait hebdomadaire 8 : Trachéotomie sans ventilation
Paragraphe 4 : Dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées.
I. - Indications de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO)
II. - Description des forfaits
III. - Patient ne bénéficiant pas d'un dispositif de transmission automatique de l'observance

Paragraphe 5 : Forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de forfaits de l'insuffisance respiratoire
Sous-paragraphe 1 : Forfaits hebdomadaires correspondants à l'association d'un forfait de l'oxygénothérapie avec un autre forfait de l'insuffisance respiratoire, hors dispositifs médicaux à pression positive continue (PPC)
Sous-paragraphe 2 : Forfaits hebdomadaires de pression positive continue associés à un forfait hebdomadaire du respiratoire
A. - Patients de plus de 16 ans
B - Patients de moins de 6 ans
C - Patients de 6 ans à 16 ans
Sous-section 3 : Autres dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire
Paragraphe 1 : Aspirateurs trachéaux et prestation de livraison
Paragraphe 2 : Chambres d'inhalation pour l'administration de médicaments par aérosol-doseur dans les affections respiratoires.
Paragraphe 3 : Débitmètre de pointe
Paragraphe 4 : Spiromètres
Paragraphe 5 : Dispositifs médicaux pour laryngectomisés
Section 2. - Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
Sous-section 1 : Appareils et accessoires pour perfusion à domicile
Sous-section 2 : Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnélisé
Sous-section 3 : Diffuseur portable stérile
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).
Paragraphe 2 : Prestation de livraison des diffuseurs portables
Sous-section 4 : Systèmes actifs pour perfusion à domicile
Paragraphe 1 : Système actif en poste fixe
Paragraphe 2 : Système actif ambulatoire
Paragraphe 3 : Accessoires à usage unique
Paragraphe 4 : Pompes à insuline externes, portables et programmables
Section 3. - Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et automesure
Sous-section 1 : Dispositifs d'autosurveillance
Paragraphe 1 - Systèmes d'autosurveillance à la glycémie
A- Appareil pour lecture automatique de la glycémie dit lecteur de glycémie
Génériques
B- Systèmes de réactifs associés (électrodes, bandelettes et capteurs)
Génériques
C- Set d'autosurveillance de la glycémie
D- Dispositifs intégrant lecteur et autopiqueur pour autosurveillance de la glycémie et systèmes réactifs associés.
Société Roche Diabetes Care France (ROCHE)
E- Système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel
F- Système de mesure en continu du glucose interstitiel
Paragraphe 2 - Systèmes d'autosurveillance de la cétonémie
Société Abbott France
Société A. Menarini Diagnostics France (Menarini)
Paragraphe 3 - Dispositifs de prélèvements sanguins capillaires dans le cadre d'une autosurveillance
Génériques
Paragraphe 4 - Dispositifs d'autosurveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines

Société Bayer Santé, Division Diabètes Care France (Bayer)
Sous-section 2 : Dispositifs d'autotraitement
Paragraphe 1 : Seringues avec aiguille
Génériques
Paragraphe 2 : Stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
Génériques
Société Ferring Sas (France)
Sous-section 3 : Dispositifs médicaux pour automesure
Paragraphe 1 : Appareils pour automesure de l'INR
Société ALERE Sas
Société Roche Diagnostics (Roche)
Section 4. - Dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles
Paragraphe 1 Dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines
A- Dispositifs pour l'incontinence urinaire
B. - Dispositifs pour l'appareillage des stomies urinaires
C. - Dispositifs de drainage vésical
D. - Collecteurs d'urine
Paragraphe 2 Dispositifs médicaux de recueil de selles et d'irrigation
A- Dispositifs pour l'appareillage des stomies digestives
B. - Collecteur de matières fécales à haut débit
C. - Dispositifs pour l'irrigation colique
D. - Accessoires pour l'appareillage des stomies digestives
E. - Dispositifs pour l'incontinence fécale et les troubles colorectaux
Paragraphe 3 Supports de poches et accessoires
A - Dispositifs complémentaires pour la prise en charge du patient stomisé, de l'incontinence et de la rétention urinaire
B. - Sets soins
Sous-section 1 : Dispositifs médicaux pour l'appareil uro-génital
Paragraphe 1 : Électrostimulateur neuromusculaire
Paragraphe 2 : Objets contraceptifs
Diaphragme
Dispositif intra-utérin ou stérilet avec inserteur, au cuivre
Section 5. - Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration
Sous-section 1 : Alimentation orale
Paragraphe 1 : Aliments diététiques sans gluten pour une quantité supérieure ou égale (>) ou inférieure à (<)
Paragraphe 2 : Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes
Aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)
A. Mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques (mél. poly. normoprot. hyperénerg.) pour adultes
B. Mélanges polymériques hyperprotidiques (mél. poly. hyperprot.) pour adultes
C. Mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 10g / 100ml ou 100g hyperénergétiques (mél. Poly. hyperprot. ≥ 10g / 100ml ou 100g hyperénerg. pour adultes
D. Mélanges polymériques hyperprotidiques ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentrés (mél poly hyperprot.≥ 14 g /100 ml hyperénerg., concentrés) pour adultes
E. Mélanges polymériques glucido-protidiques (mél. poly. glucidoprot.) pour adultes
F. Protéines seules pour adultes
G-Glucides seuls pour adultes
H-Lipides seuls pour adultes
Paragraphe 3 : Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux patients pédiatriques
Autres aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)
Société Nestlé Clinical Nutrition France SAS (NESTLE)
Génériques (codes radiés au 01-03-2010 : voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
Sous-section 2 : Produits pour nutrition entérale et prestations associées
Paragraphe 1 : Prestations associées à la nutrition entérale à domicile
Conditions générales d'attribution
Forfait de première installation
Forfait 1 : sans pompe

Forfait 2 : avec pompe
Paragraphe 2 : Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes
A - Mélanges polymériques normoprotidiques (mél. poly. normoprot.) pour adultes
B - Mélanges polymériques hyperprotidiques (mél. ploly hyperprot.) pour adultes
C - Autres nutriments pour nutrition entérale pour adultes, les 500 ml
Société Nestlé Clinical Nutrition France SAS (Nestlé)
Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)
Société Fresenius Kabi France (Fresenius)
Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France
Société Nutricia
Société Nutricia France
Société Nutricia
Société Mead Johnson
Société Nestle Clinical Nutrition France
Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France
Paragraphe 3 : Produits pour nutrition orale et entrale à domicile pour les enfants de moins de seize ans
A. - Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.)
A1. - Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.) destinés aux enfants de moins d'un an
A2. - 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
A3. - Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.) destinés aux enfants de plus de trois ans
B. - Mélanges polymériques hyperprotidiques et hyperénergétiques à base de protéines entières animales ou végétales (mél. poly. hyperprot. hyperénerg.)
B1. - 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
B2. - 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
B3. - 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
C. - Mélanges dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose (hydrolysat prot. + TCM)
C1. - Mélanges prêts à l'emploi pour l'enfant de moins d'un an
C2. - Mélanges prêts à l'emploi pour l'enfant de plus d'un an
C3. - Mélanges sous forme de poudre à reconstituer ou forme buvable prêt à l'emploi, quel que soit l'âge
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)
E. - Autres produits
Société NESTLE CLINICAL (NUTRITION France (NESTLE)
Société FRESENIUS KABI France (FRESENIUS)
Société LACTALIS NUTRITION SANTE (LACTALIS)
Société MEAD JOHNSON
Société NUTRICIA France
Société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE (NUTRICIA)

Paragraphe 4 : Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes et enfants
Société NESTLE CLINICAL NUTRITION France SAS (NESTLE)
Sous-section 3 : Dispositifs médicaux d'administration de la nutrition entérale
Paragraphe 1 : Bouton de gastrostomie et de jéjunostomie
Paragraphe 2 : Sondes pour nutrition entérale à domicile
A. - Sondes naso-gastrique ou naso-jéjunale pour nutrition entérale à domicile
B. - Sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie pour nutrition entérale à domicile
Sous-section 4 : Prestations pour nutrition parentérale à domicile
Sous-section 5 : Solutés de réhydratation orale
Paragraphe 5 Epaississants alimentaires
Section 6. - Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
Appareil pour rééducation par poulie-thérapie
Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale
Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate
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
Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> et <) aux dimensions suivantes
Tube jersey pour réalisation de ces appareils, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> et <) aux dimensions suivantes
Protecteur de hanche
Solution viscoélastique d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire, de haut poids moléculaire (supérieur à 0,5 million de daltons)
Appareils pour le traitement des pseudarthroses
Section 7. - Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers
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
Sous-section 2 : Appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles et consommables
Appareil de neurostimulation transcutanée
Consommables nécessaires à l'utilisation de l'appareil de neurostimulation transcutanée
Sous-section 3 : Médicaments devenus dispositifs médicaux depuis le 14-06-1998.
Sous-section 4 : Articles divers
Préservatif masculin lubrifié
Génériques
Solution pour pulvérisations endobuccales pour le traitement de la xérostomie ou de l'hyposialie
Eisai SAS
Solution stérile pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche
Laboratoires Allergan France SAS (ALLERGAN)
Société Horus pharma (HP)
Société TRB chemedica (TRB)
Solution stérile pour traitement de la sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien
Solution stérile de chlorure de sodium à 7 % pour nébulisation pour le traitement de la mucoviscidose
Pommade à l'urée pour avulsion chimique de l'ongle
Société Pierre Fabre Dermatologie (PIERRE FABRE DERM)
Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire
Société Atos Medical SAS (Atos)
Location et maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Société IST Cardiology Sarl (IST)
Société MEDTRONIC (MEDTRONIC)
Société Berlin Hearth Gmbh (Berlin)
Crème pour traitement de la dermatite atopique légère à modérée chez l'adulte et l'enfant de six mois et plus
Société Sinclair Pharma France (Sinclair)
Défibrillateurs externes portables
Société IST Cardiology SAS France (IST)
Société Zoll Medical France
Sous-section 5 Application web et logiciels destinés à la télésurveillance

Chapitre 2. - Dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés
Spécifications techniques
Section 1
Coussins de série d'aide à la prévention des escarres
1° Le coussin
2° La housse
3° Conformité technique
Lits médicaux
1. Lits médicaux et accessoires standards :
2. Lits médicaux et accessoires pour enfants de 3 ans à 12 ans :
3. Lits médicaux et accessoires pour patients de plus de 135 kg :
4. Lits médicaux et accessoires spécifiques :
5. Matelas simple :
Matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres
1° Le matelas ou le surmatelas
2° La protection
3° Conformité technique
Section 2
Coquille pour bain en matière plastique
Dispositif de traction continue et dynamique du rachis
Fauteuils roulants à la location (prévus également à l'achat au titre IV)
Soulève malade
Nomenclature et tarifs
Section 1. - Lits et matériels pour lits
Sous-section 1 : Lits et accessoires
Paragraphe 1 : Lits médicaux
Paragraphe 2 : Accessoires, réparations et prestation de livraison des lits médicaux
Accessoires
Prestations de livraisons
Réparations
Sous-section 2 : Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres
Paragraphe 1 : Compresseur pour surmatelas pneumatique à air statique et à pression alternée et location de matelas
Société MEDIDEV SENTECH France SAS (MEDIDEV)
Paragraphe 2 : Coussins d'aide à la prévention des escarres
A - Coussins de série de classe 1
1° Coussins de série de sous-classe (s\classe) 1A
2° Coussins de série de sous classe (s\classe) 1B
B - Coussins de série d'aide à la prévention des escarres de classe 2
1° Coussin pneumatique à cellules télescopiques
2° Coussin en mousse viscoélastique dit "à mémoire de forme"
C - Coussins ischiatiques sur mesure
D - Accessoires pour coussins
Paragraphe 3 : Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres

Support de plus de 5 cm pour surmatelas d'aide à la prévention des escarres
A - Matelas ou surmatelas de classe 1
1° Matelas ou surmatelas de sous-classe (s\classe) 1A
2° Matelas ou surmatelas de sous-classe (s\classe) 1B
B - Matelas ou surmatelas de classe 2
1° Matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique dits "à mémoire de forme"
2° Matelas ou surmatelas mixte incluant une couche en mousse viscoélastique
3° Matelas ou surmatelas en mousse multistrate
C - Matelas de classe 3
1° Matelas en mousse multistrate
D - Accessoires de protection du matelas ou surmatelas
Section 2. - Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
Sous-section l : Appareil modulaire de verticalisation
Sous-section 2 : Cannes et béquilles
Sous-section 3 : Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux, pour patients polyhandicapés, en position allongée
Sous-section 4 : Déambulateurs et prestation de livraison
Sous-section 5 : Dispositif de traction continue et dynamique du rachis et prestation de livraison
Sous-section 6 : Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison
Sous-section 7 : Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes
Sous-section 8 : Appareils destinés au soulèvement du malade
Sous-section 9 : Appareils divers d'aide à la vie
Sous-section10 : Prothèses capillaires
Chapitre 3. - Articles pour pansements, matériels de contention
Spécifications techniques
Section 1
Bandes élastiques de contention
1. Caractéristiques générales
2. Force de contention
3. Contrôle du comportement à l'usage
4. Conformité aux spécifications techniques
Bandes pour capitonnages
Coussins pour pansements élasto-compressifs
Nomenclature et tarifs
Section 1. - Articles pour pansements
Sous-section 1 : Pansements
Paragraphe 1 : Pansements hydrocolloïdes
Paragraphe 2 : Pansements hydrocellulaires
Laboratoires URGO
Paragraphe 3 : Pansements alginates
Laboratoires BROTHIER
Paragraphe 4 : Pansements hydrogels
Paragraphe 5 : Pansements en fibres à haut pouvoir d'absorption
Laboratoires URGO
Paragraphe 6 : Pansements à base de charbon actif
A-Société systagenix Wound Management Ltd (SYSTAGENIX)
B-BRAUN MEDICAL SAS (BRAUN)
Paragraphe 7 : Pansements à base d’acide hyaluronique seuls
Laboratoires GENEVRIER
Société FIDIA FARMACEUTICI SPA (FIDIA)
Paragraphe 8 : Pansements interface
Société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SA (France) (MÖLNLYCKE)
Laboratoires Urgo
Pansements interface à base de CMC

Laboratoires Coloplast France (COLOPLAST)
Laboratoires Paul Hartmann SARL (HARTMANN)
Paragraphe 9 : Pansements vaselinés
Paragraphe 10 : Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée
Paragraphe 11 : Compresses stériles de coton hydrophile à bords adhésifs
Sous-section 2 : Pansements à l'argent
Laboratoires URGO
Sous-section 3 : Compresses et coton
Paragraphe 1 : Compresses stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements
A. - Compresses stériles de coton hydrophile non adhérentes
B. - Pansements/compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives
C. - Compresses stériles non tissées
D. - Compresses stériles de gaze hydrophile
E. - Rondelles oculaires stériles de gaze
F. - Rondelles oculaires stériles non tissées
Paragraphe 2 : Autres dispositifs, non stériles, pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements
A. – Compresses non tissées non stériles
B. - Coton hydrophile non stérile
Sous-section 4 : Moyens de fixation et de maintien
Paragraphe 1 : Systèmes de maintien adhésifs
A. - Films adhésifs semi-perméables stériles
B. - Sutures adhésives stériles
C. - Sparadraps non élastiques
Paragraphe 2 : Systèmes de maintien non adhésifs
A. - Filets et jerseys tubulaires
B. - Bandes de fixation
Paragraphe 3 : Bandes de fixation extensibles
Sous-section 5 : Sets pour pansements
Paragraphe 1
Set pour plaie post-opératoire
Paragraphe 2
Set pour plaie chronique
Section 2. - Matériels de contention et de compression vasculaires
Sous-section 1 : Bandes élastiques de contention
Paragraphe 1 : Bandes de contention élastiques en 1 (un) sens en largeur et en largeur et longueur
Paragraphe 2 : Bandes de contention élastiques en tout sens
Paragraphe 3 : Bandes de contention thoraciques ou abdominales
Paragraphe 4 : Bandes de compression veineuse à allongement court
Paragraphe 5 : Système compressif multicouche
Société Smith & Nephew SAS (Smith&N)
Laboratoires URGO (URGO)
3M France SAS (3M)
Sous-section 2 : Bandes en mousse pour capitonnage

Sous-section 3 : Coussins pour contention, pansements élasto-compressifs
Sous-section 4 : Bandes adhésives
Chapitre 4 : Accessoires de produits inscrits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables
Société Synapse Biomedical Europe (SYNAPSE)
Société NEURORESP (NEURORESP)
Titre II
. - Orthèses et Prothèses externes
Chapitre 1 : Orthèses (ex-petit appareillage)
Généralités
A. - Bandages herniaires
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Ressorts
2.1.1. Constitution
2.1.2. Configuration
2.1.3. Garniture
2.1.4. Cas particuliers
2.2. Pelotes
2.3. Sous-cuisses et tours de cuisses
2.4. Délai de renouvellement
2.5. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
Hernies inguinales
Bandages à ressort
Bandages sans ressort
Hernies inguinoscrotales (ou des grandes lèvres)
Bandages à ressort
Hernies scrotales irréductibles
Hernies crurales
Bandages à ressort
Bandages sans ressort
Hernies ombilicales et épigastriques
1. Suppléments hors taille
2. Pièces de rechange et accessoires (pose comprise)
3. Suppléments pour pelotes concaves pour hernies irréductibles
4. Bandages pour garçonnets ou fillettes
B. - Orthèses plantaires
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Constitution de la semelle
2.2. Matériaux utilisés
2.2.1. Éléments de correction
2.2.2. Base de support ou première
2.2.3. Recouvrement
2.3. Prise de mesures
2.4. Dispositions diverses
2.4.1. Façonnage et mise au point
2.4.2. Modifications et corrections
2.4.3. Tarif de responsabilité des orthèses plantaires

2.5. Délai de renouvellement
2.6. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
C. - Coques talonnières
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Constitution de la coque
2.2. Délai de renouvellement
2.3. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
D. - Orthèses élastiques de contention des membres
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Généralités
2.2. Classes de pression de contention
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.
2.2.2. Dégressivité de la contention entre cheville et cuisse
2.2.3. Spécifications de surface pour les bonnets couvre-moignons élastocompressifs
2.2.4. Contrôle du comportement de l'orthèse à l'usage
2.2.5. Expression des résultats des différentes mesures
2.2.6. Compte rendu d'essais
2.3. Conformité aux spécifications techniques
2.4. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
Catégorie élastique en un sens, classes I, II, III (11 et 12)
Catégorie élastique en deux sens, classes hors classe (HC), I, II, III (HC 2, 21 et 22)
Catégorie élastique en un sens extensible autre sens, classes I, II, III (31 et 32)
Suppléments
1. Suppléments pour les articles aux mesures du patient
1.1. Suppléments de circonférences
1.2. Suppléments de longueurs
1.3. Autres suppléments
2. Suppléments pour les articles de série
3. Majorations pour orthèses en classe IV aux mesures du patient ou de série
4. Divers
E. - Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription

2. Spécifications techniques
2.1. Classification et caractéristiques des ceintures et corsets
2.1.1. Bandes-ceintures, ceintures de soutien lombaire et corsets d'immobilisation et de maintien
2.1.2. Ceintures de soutien abdominal (CSA ou CSB)
2.1.3. Ceintures de maintien abdominal sur mesure (CMA)
2.1.3.1. Caractéristiques générales
2.1.3.2. Caractéristiques particulières
2.1.3.3. Adjonctions prévues
2.1.4. Ceintures de maintien lombaire sur mesure
2.1.4.1. Caractéristiques générales
2.1.4.2. Adjonctions prévues
2.1.5. Corsets d'immobilisation vertébrale sur mesure (CIV)
2.1.5.1. Caractéristiques générales
2.1.5.2. Caractéristiques particulières
a) CIVA
b) CIVB-1
c) CIVB-2
d) CIVC-1
e) CIVC-2
2.1.5.3. Adjonctions prévues
2.2. Définitions et caractéristiques des adjonctions
2.2.1. Béquillon garni avec son porte-béquillon
2.2.2. Bretelle
2.2.3. Coussin de compensation
2.2.4. Coussin postopératoire de protection
2.2.5. Dispositif pour stomie
2.2.6. Épaulière
2.2.7. Moulage
2.2.8. Palette pectorale de redressement
2.2.9. Patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables.
2.2.10. Pelote pour éventration ou hernie
2.2.11. Sangle intérieure
2.2.12. Tirant hypogastrique réglable ou bride de rappel réglable lombo-sacrée (l'ensemble).
2.3. Définition des matières premières
2.3.1. Les parties élastiques sont constituées par des tissus élastiques soit tissés, soit tricotés
2.3.2. Ressorts acier et baleinages
2.3.3. Matériaux thermoformables
2.4. Délai de renouvellement
2.5. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
Ceintures et corsets de série ou thermoformables
Ceintures et corsets sur mesure
Adjonctions
Suppléments
F. - Colliers cervicaux
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Délai de renouvellement
2.2. Garantie
2.3. Classification
3. Nomenclature et tarifs

G. - Appareils divers de correction orthopédique
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Délai de renouvellement
2.2. Garantie
2.3. Les appareils concernant le membre inférieur
2.3.1. Niveau du pied
2.3.1.1. Attelles montées sur chaussures
2.3.1.2. Attelles sans chaussures
2.3.1.3. Chaussures à bout ouvert
2.3.1.4. Attelles ou chaussons articulés
2.3.1.5. Attelles pour correction de pied valgus ou varus (type attelle de Saint-Germain)
2.3.1.6. Chausson intérieur moulé
2.3.1.7. Appareils releveurs de pied de série
2.3.2. Niveau genou
2.3.2.1. Appareils de correction pour genuvalgum
2.3.2.2. Attelle et orthèse de série pour appareillage du genou
a) Appareil non articulé
b) Appareil articulé
2.3.3. Niveau hanches
2.3.3.1. Attelles d'abduction de hanches (type attelle du docteur Petit)
2.3.3.2. Coussin d'abduction des membres inférieurs chez le très jeune enfant
2.3.3.3. Harnais de mise en abduction des hanches dysplasiques, chez l'enfant
2.4. Les appareils concernant le membre supérieur
2.4.1. Niveau main et poignet
3. Nomenclature et tarifs
Les appareils concernant le membre inférieur
Niveau du pied
Attelles montées sur chaussures
Attelles sans chaussures
Chaussure à bout ouvert
Attelles ou chaussons articulés
Attelles pour correction de pied valgus ou varus (type attelle de Saint-Germain).
Chausson intérieur moulé
Attelles releveurs de pied
Orthèse stabilisatrice de cheville dans le plan frontal pour le traitement des entorses de chevilles récentes graves ou de gravité moyenne.
Niveau genou
Niveau hanches
Niveau pied-genou
Les appareils concernant le membre supérieur
Niveau main et poignet

Attelle digitale à ressort
Attelle digitale pour extension
Attelle digitale pour flexion
Attelle métacarpophalangienne (MP)
Attelle MP pour extension
Attelle MP pour flexion
Attelle main -poignet
Attelle main -poignet avec extension des MP
Attelle main -poignet avec flexion des MP
Orthèse de main -poignet
Orthèse dynamique
Orthèse statique
Orthèses pour positionnement
H. - Chaussures thérapeutiques de série (CHTS)
Spécifications techniques
I. - Les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT)
Définition
Prescription
1. Fabrication
1.1. Tous les matériaux utilisés pour la fabrication d'une chaussure thérapeutique de série sont :
1.2. La forme :
1.3. La tige :
1.4. Les éléments de renfort de la tige :
1.5. Le semelage :
2. Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série
3. Garantie
II. - Les chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP)
Définition
1. Fabrication
1.1. Tous les matériaux utilisés pour la fabrication d'une chaussure thérapeutique de série sont :
1.2. La forme :
1.3. La tige :
1.4. Les éléments de renfort de la tige :
1.5. Le semelage :
2. Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série
3. Garantie
Nomenclature et tarifs
Chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT)
Chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP), la paire
Société FINN COMFORT France
Société Neut
Société Mayzaud
Société Adour Pied Confort Francis Lavigne (APCFL)
I. - Appareil de marche monté sur chaussures de série non thérapeutiques
1. Généralités
1.1. Définition
1.2. Prescription
2. Spécifications techniques
2.1. Délai de renouvellement
2.2. Garantie
3. Nomenclature et tarifs
J. - Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés
1. Définition

2. Généralités
3. Spécifications techniques
3.1. Élasticité
3.2. Tolérance
3.3. Pression de contention
3.4. Vieillissement du produit
3.5. Stabilité des coloris
3.6. Perméabilité à l'air
3.7. Stabilité dimensionnelle au lavage (NF G 07 127)
3.8. Coutures, ourlets et fermetures
4. Nomenclature et tarifs
Vêtements compressifs
Suppléments aux vêtements compressifs
Chapitre 2. - Optique médicale
Spécifications techniques
I. Lunettes
II. Lentilles de contact
III. Matériels pour amblyopie
I- Définition des dispositifs médicaux de correction optique
II. - Spécifications techniques relatives aux verres
III. - Spécifications relatives aux montures
IV. - Référencement des verres de classe A en vue de leur prise en charge
V. - Conditions de prescription
VI. - Conditions de délivrance
VII. - Conditions de prise en charge
VIII. - Conditions de renouvellement de la prise en charge
IX. – Garanties
X. - Qualité et traçabilité
Nomenclature et tarifs
Section 1. - Lunettes
Sous-section 1 - Verres de classe A
Paragraphe 1 - Verres unifocaux
1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques (convention cylindre positive)
Paragraphe 2 - Verres multifocaux (hors progressifs) : double-foyers, triple-foyers, dégressifs
1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques
Paragraphe 3 - Verres progressifs
1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques
Paragraphe 4 - Verres neutres
Sous-section 2 - Verres de classe B
Paragraphe 1 - Verres unifocaux

1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques (convention cylindre positive)
Paragraphe 2 - Verres multifocaux (hors progressifs) : double-foyers, triple-foyers, dégressifs
1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques
Paragraphe 3 - Verres progressifs
1 – Sphériques
2 - Sphéro-cylindriques
Paragraphe 4 - Verres neutres
Sous-section 3 – Montures
Sous-section 4 - Suppléments
Section 2. - Lentilles de contact
Section 3. - Matériels pour amblyopie
Sous-section 1 : Système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie
Sous-section 2 : Aides visuelles pour amblyopes
Paragraphe 1 : Aides visuelles optiques
Paragraphe 2 : Aides visuelles électroniques
Paragraphe 3 : Autres appareillages pour déficients visuels
Chapitre 3. – Aides auditives
I. - Spécifications techniques des aides auditives
II. - Référencement des aides auditives de classe i et de classe ii en vue de leur prise en charge
III. - Indications de prise en charge
IV. - Suivi de la qualité
V. - Conditions de prescription
VI. - Contenu des prestations
Section 1 : Aide auditive pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire
Section 2 : Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)
Section 3 : Gestion administrative relative aux prestations de suivi pour l'utilisation d'une aide auditive
Section 4 : Allocation forfaitaire relative aux piles
Section 5. - Audioprothèse, entretien et réparations
Section 6. - Entretien et réparations pour processeurs pour implants cochléaires et implants du tronc cérébral
Section 7. - Processeurs, accessoires et réparations pour prothèses auditives ostéo-intégrées et implants d'oreille moyenne
Chapitre 4. - Prothèses externes non orthopédiques
Généralités
Section 1 : A. - Prothèses mamaires externes
Nomenclature et tarifs
Annexe
Section 2 : B. - Canules trachéales
Spécifications techniques
Nomenclature et tarifs
Sous-section 1 : Canules trachéales simples
Sous-section 2 : Canules trachéales parlantes à clapet
Section 3 : C. - Aérateurs transtympaniques
Spécifications techniques
Nomenclature et tarifs
Section 4 : D. - Prothèses vocales
Nomenclature et tarifs
Section 5 : E. - Prothèse respiratoire pour trachéostomie
Nomenclature et tarifs
Sous-section 1 : Prothèse respiratoire pour trachéostomie réutilisable avec filtre et piège à sécrétions
Société CEREDAS
Sous-section 2 : Prothèse respiratoire et phonatoire à usage unique pour laryngectomisés totaux porteurs ou non d'implant phonatoire

Paragraphe 1 : Cassette à usage unique
Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)
Société IST MEDICAL (IST)
Paragraphe 2 : Support de cassette, autoadhésif, à usage unique
Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)
Société COLLIN SAS(COLLIN)
Paragraphe 3 : Accessoires
Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)
Société COLLIN SAS (COLLIN)
Paragraphe 4 : Ensembles ou kits
Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)
Société COLLIN SAS (COLLIN)
Section 6 : F. - Orthèse d'avancée mandibulaire
Société Resmed SAS (Resmed)
Société ONIRIS (ONIRIS)
Societe SOMNOMED SARL (SOMNOMED)
Société FULCRUM (FULCRUM)
Société 3J SARL (3J)
Chapitre 5. - Prothèses oculaires et faciales
Spécifications techniques - Prothèses oculaires
I. - Généralités
II. - Caractéristiques
Structure
Forme
Matériaux
III. - Garantie générale
Nomenclature et tarifs
Généralités
Section 1. - Prothèses oculaires
A. - Prothèses oculaires en matière organique après chirurgie mutilante (énucléation, éviscération)
Prothèse oculaire provisoire après chirurgie mutilante
Prothèse oculaire définitive après chirurgie mutilante
Renouvellement de la prothèse oculaire définitive après chirurgie mutilante
B. - Prothèses oculaires en matière organique sur globe oculaire non voyant ou malvoyant
Renouvellement de la prothèse oculaire définitive
C. - Divers
D. - Verre scléral
Laboratoire d’appareillage oculaire (LAO)
Section 2. - Prothèse faciale
Section 3. - Frais d'expédition et frais accessoires
Chapitre 6. - Podo-orthèses
Spécifications techniques des chaussures orthopédiques, dénommées aussi chaussures thérapeutiques sur mesure et de l'appareil spécial sur moulage
I - Définition

II - Spécifications techniques
Nomenclature et tarif
Section 1. - Chaussure orthopédique dite « chaussure thérapeutique sur mesure »
Chaussures de classe A
Chaussures de classe B
Section 2. - Appareil podo-jambier spécial sur moulage
Section 3. - Réparations, frais d'expédition et frais accessoires
Forfaits réparations
Forfaits réparations par paire de chaussures
Forfaits réparations par chaussure et pour l'appareil spécial sur moulage
Frais d'expédition et autres frais accessoires
Section 4. - Moulage
Chapitre 7. - Orthoprothèses
Spécifications techniques
Généralités sur l'appareillage
I. - Conditions auxquelles doivent répondre les matières premières semi-produits et produits finis utilisés dans la fabrication des appareils
A. Conditions générales
B . Conditions particulières aux matériaux
1. Acier (codification A)
2. Bois (codification B)
3. Cuirs et peaux (codification C)
4. Alliages légers (codification D)
5. Fibre (codification F)
6. Caoutchouc et polyisoprène (codification G)
7. Acétate de cellulose (codification L)
8. Méthacrylate de méthyle (codification M)
8 bis. Copolymères acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (codification K)
8 ter. Polypropylène (codification N)
9. Polyéthylène (codification N)
10. Stratifié de polyester (codification S)
11. Textiles (codification T)
11 bis. Textile enduit de mousse de polyuréthane commercialisé sous le nom de néofrakt (codification U)
12. Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (codification V)
13. Matières diverses (codification Z)
C. - Conditions particulières à certains produits finis
II. - Conditions relatives à la fabrication, à la finition et a la présentation des appareils
A. Conditions générales
B. Conditions particulières à l'exécution des pièces, ensembles et opérations communes à divers appareils
a) Articulations
b) Articulations et leurs dispositifs d'arrêt
c) Attelles et embrasses
d) Opérations diverses
C. Garanties
III. - Conditions de réception
IV. - Appareillage des enfants
V. - Appareillage semi-définitif
VI. - Corset pour maintien de réduction de scoliose structurale
VII - Prothèse de contact pour amputation de jambe
VIII - Appareils pour infirmes moteurs cérébraux
IX - Prothèse pour amputation de cuisse avec emboîtures de contact (1)
X - Prothèse conventionnelle pour amputation de jambe
XI - Prothèse avec emboîture plâtrée
XII - Dispositif pnematique pour compenser les variations de volume des moignons

XIII - Prothèse avec mécanisme hydraulique à accumulation d'énergie
XIV - Prothèse pour amputation de cuisse avec dispositif de sécurité hydraulique
XV. - Orthèse de maintien et de marche à attelles pneumatiques
1° Description
2° Mécanique de gonflage
3° Garantie
4° Indications
XVI - Emboîtures de contact pour les prothèses du membre supérieur
XVII - Prothèse tubulaire du membre inférieur
XVIII - Prothèse modulaire
XIX - Grand appareil de marche articulé au genou avec attelle monotubulaire
Annexe I. - Prothèse avec genou à blocage automatique pour amputation de cuisse
Annexe II. - Prothèse avec rappel hydraulique pour amputation de cuisse
Annexe III. - Prothèse avec genou de sécurité pour amputation de cuisse
Annexe IV. - Prothèse avec genou à barres
Annexe V. - Pieds à restitution d'énergie
I. - Spécifications techniques pour adultes.
I-1. - Exigences générales pour adultes (taille >= 22cm).
I-1.1. Domaine d'application
I-1.2. Identification du dispositif
I-2. Exigences de performance pour adultes (taille >= 22 cm)
I-2.1. Objet
I-2.2. Echantillon soumis à évaluation
I-2.3. Essai de résistance à la fatigue
I-2.3.1. Position du pied et orientation des forces :
I-2.3.2. Application des forces :
I-2.4. Relevé des caractéristiques force/déformation
I-2.4.1. Conditions d'essai :
I-2.4.2. Courbes force/déformation :
I-2.4.3. Fréquence du relevé des caractéristiques :
I-2.4.4. Calcul du nombre de points en vue de la classification :
I-2.4.5. Classification des pieds à restitution d’énergie
I-2.5. Déformation permanente
I-2.5.1. Mesure de la déformation permanente (méthode utilisée depuis 1997) :
I-2.5.2. Mesure de la déformation permanente (méthode expérimentale) :
I-2.6. Angle d'éversion/inversion
I-2.6.1. Principe :
I-2.6.2. Mode opératoire :
I-2.6.3. Résultats :
I-2.7. Amplitude sagittale
I-2.7.1. Principe :
I-2.7.2. Mode opératoire :
I-2.7.3. Résultats :

II. - Spécifications techniques pour enfants
II-1. Exigences générales pour enfants (taille <= 21 cm)
II-1.1. Domaine d'application
II-1.2. Identification du dispositif
II-2. Exigences de performance pour enfants (taille <= 21 cm)
II-2.1. Objet
II-2.2. Echantillon soumis à évaluation
II-2.3. Essai de résistance à la fatigue
II-2.3.1. Position du pied et orientation des forces :
II-2.3.2. Application des forces :
II-2.4. Relevé des caractéristiques force/déformation et calcul du rendement
II-2.4.1.5. Conditions d'essai :
II-2.4.2. Courbes force/déformation :
II-2.4.3. Fréquence du relevé des caractéristiques :
II-2.4.4. Calcul du nombre de points en vue de la classification :
II-2.4.5. Calcul du rendement de l'avant-pied :
II-2.4.6. Performances minimales des pieds à restitution d'énergie pour enfant :
V. - Pied pour amputation basse de jambe
VI. - Nouveaux paramètres
Annexe VI. - Moulage sur nature
Nomenclature et tarifs
Généralités
Section I. - Appareillage du membre supérieur
Codification
A. - Prothèse du membre supérieur
§ 1. - Appareils types et variantes
I. Prothèses de travail (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)
PS9 : Amputation des doigts
PS8 : Amputation transmétacarpienne
PS6 : Amputation d'avant-bras moignons moyens ou longs (avec pronation - supination)
PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs
II. Prothèses de service (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)
PS9 : Amputation des doigts
PS8 : Amputation transmétacarpienne
PS6 : Amputation d'avant-bras, moignons moyens ou longs (Avec pronation - supination)
PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (Sans pronation - supination)
PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables
PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs
PS2 : Amputation de bras, moignons courts
PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts assimilables
Bonnet et gaine couvre-moignon
Fix-prothèse
III. Prothèses de vie sociale
A. - Prothèses en chlorure de polyvinyle (1) (Le tarif de ces prothèses comprend le prix du moulage)
B. - Prothèses tubulaires (1) (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)
§ 2. - Adjonctions
I. - Adjonctions particulières aux prothèses de travail
A. - Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide à guillotine comprise)
B. - Adjonctions complémentaires (Queue de prise rapide à guillotine comprise)
C. - Adjonctions particulières aux prothèses en polyester
D. - Adjonctions particulières
II.- Adjonctions particulières aux prothèses de service
A. - Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (queue de prise rapide à guillotine comprise)

B. - Mains
B1. - Mains pour enfants
C. - Crochets-pinces
D. - Dispositifs complémentaires
E. - Adjonctions particulières aux prothèses de contact
F. – Corselet de fixation pour prothèse pour désarticulation d'épaule
III.- Adjonctions communes aux prothèses de travail et aux prothèses de service
A. - Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide comprise)
B. - Gainages
IV. - Adjonctions particulières aux prothèses de vie sociale
A. - Prothèses en chlorure de polyvinyle
B. - Prothèses tubulaires
B. - Orthopédie du membre supérieur
§ 1. - Appareils types et variantes
OS79 : Main et doigts
OS59 : Avant-bras, main et doigts
OS58 : Avant-brassard, demi-gantelet
OS57 : Avant-brassard jusqu'à l'articulation radio-carpienne
OS36 : Avant-bras et bras
Articulé au coude (pour coude ballant)
Rigide au coude
OS38 : Mains, avant-bras et bras
OS16 : Épaule, bras et avant-bras
OS13 : Épaule, bras
§ 2. - Adjonctions
Main
Coude
Épaule
Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36S02
Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36N20 et OS36N21
Gainages
Texte des renvois
C. - Prothèses du membre supérieur mues par énergie électrique, prothèses myoélectriques
Conditions générales
§ 1. - Prothèses pour adultes
§ 2. - Prothèses pour enfants ou pour adolescents
§ 3. - Adjonctions
§ 4. - Réparations
Section II. - Appareillage du membre inférieur
Codification des prothèses de base de leurs adjonctions et de leurs variantes optionnelles
Codification anatomique
Guide d'utilisation
A - Prothèses de base

B - Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses de base
A - Prothèses du membre inférieur
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
PI02 : Amputation de cuisse moignon très court
PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long
Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)
Prothèses avec emboîture à suspension verrou au genou, mollet et guillon
Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé
PI04 : Amputation transcondylienne, désarticulation du genou et amputation de cuisse moignon très long
Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)
Prothèses avec emboîture à suspension, verrou au genou, mollet et quillon
Prothèses avec emboîture à suspension, avec ou sans verrou au genou et pied articulé
PI06 : Amputation de jambe
Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)
Prothèses avec emboîture à suspension avec mollet et quillon
Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé
Prothèses avec emboîture de contact
PI07 : Amputation tibio-tarsienne et transtarsienne
Prothèse sans pied
Prothèses avec pied rigide
Prothèses avec pied articulé
PI08 : Désarticulation médio-tarsienne
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
PI02 : Amputation de cuisse moignon très court
PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long
Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture de contact, genou à articulation monoaxiale à verrou et pied articulé
Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé
Prothèses avec emboîture de contact avec genou hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied
Prothèse esthétique avec emboîture à suspension, articulation libre au genou et à la cheville
PI04 : Amputation transcondylienne, désarticulation du genou et amputation de cuisse moignon très long
PI06 : Amputation de jambe
Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture (de contact si moignon non ouvert) et pied articulé
Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé
Prothèse avec emboîture de contact et pied articulé, sans manchon
Chapitre III. - Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
1°) Adjonctions communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Applicables à la hanche
Applicables à l'ischion
Applicables au segment fémoral
Applicables au segment jambier
Applicables à la cheville
Applicables au pied
Moyens de suspension
2°) Variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Applicables au segment fémoral
Applicables au genou
Applicables au segment jambier
Applicables aux prothèses PI03 - PI04
Applicables aux prothèses PI05 - PI06 - PI07
3°) Adjonctions pour prothèses exosquelettiques

Applicables au segment fémoral
Applicables au genou
Applicables au segment jambier
Gainage de pièces métalliques
4°) Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques
Applicables au genou
Applicables au pied
5°) Adjonctions pour prothèses endosquelettiques
Applicables au segment fémoral
Applicables au genou
Applicables au segment jambier
6°) Variantes optionnelles pour prothèses endosquelettiques
Applicables à la hanche
Applicables au genou
Applicables au pied
Prothèses et orthoprothèses pour agénésie du membre inférieur
I - Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au-dessus du genou du membre sain (PI23)
II - Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au niveau du genou du membre sain (PI24)
III - Malformation congénitale dans laquelle le segment de cuisse et le genou sont normaux, le raccourcissement se situant au-dessous du genou (PI26 & PI46)
Adjonctions et variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques pour agénésie
Applicables au segment fémoral
Applicables à l'emboîture
Supplément pour confection d'une orthoprothèse en composite de carbone
Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques pour agénésie
Bonnet et gaine couvre-moignon
Fix-prothèse
Textes des renvois
B. - Orthopédie du membre inférieur (Le tarif des appareils ou adjonctions ne comprend pas le prix du moulage)
Codification
Conditions de prise en charge
§ 1. - Appareils types et variantes
OI59 : Petit appareil de marche
OI59 : Petit appareil de marche articulé avec appui sous-condylien
OI59 : Botte rigide
OI59 : Botte rigide bivalve
OI59 : Botte articulée simple
OI58 : Gaine jambière en cuir moulé ou en polyoléfine
OI57 : Textile RS-1 enduit de mousse de polyuréthane
OI39 : Grand appareil de marche sans appui sous-ischiatique
Articulé au genou
Rigide au genou
Cuissard jambière rigide (avec pied)
Gouttières

Orthèse pour ostéochondrite de hanche
OI29 : Grand appareil de marche avec appui sous-ischiatique rigide
Articulé au genou
Rigide au genou
OI38 : Gaine cuissard jambière rigide
OI37 : Jambière cuissard rigide au genou
OI36 : Genouillère
Articulée au genou
Rigide au genou
OI96 : Ceinture cuissard-jambière
Articulée au genou et à la hanche
Rigide au genou et à la hanche
OI93 : Ceinture-cuissard
Articulée à la hanche avec points d'arrêt
Rigide à la hanche
§ 2. - Adjonctions
Pied
Cheville
A. - Applicables aux appareils à tourillons
B. - Applicables aux appareils à étrier
C. - Applicables aux appareils OI59, OI39 et OI29
D. - Applicables à OI36 N60
Genou
Particulières aux appareils OI59
A. - Applicables aux appareils articulés au genou
B. - Applicables aux appareils rigides au genou
Appui sous-ischiatique
Hanche
Applicables aux appareils OI articulés à la hanche
Applicables aux appareils OI39 et OI29 nécessitant un maintien de l'articulation de la hanche
Gainage de pièces métalliques
§ 3. - Appareillage des infirmes moteurs cérébraux (Appareils types et variantes)
OI39 (2) : Grand appareil de marche sans point d'appui sous-ischiatique
Articulé au genou
Rigide au genou
OI59 : Petit appareil de marche à tuteurs capitonnés, une embrasse garnie postérieure et une semelle métallique occupant la totalité de la chaussure
OI19 : Appareillage latéral de dérotation en cuir et acier
OI23 : Coques abductrices de cuisse
§ 4. - Adjonctions (Particulières à l'appareillage des infirmes moteurs cérébraux)
Cheville
Applicables aux appareils à tourillons
Applicables aux appareils à étrier
Applicables aux appareils OI59 et OI39
Jambe
Genou
Cuisse
Appui sous-ischiatique
Hanche
Corsets
Gainage de pièces métalliques
§ 5. - Appareils de traitement
§ 6. - Adjonctions particulières aux appareils de traitement
Section III. - Appareillage du tronc (Le tarif des appareils ne comprend pas le prix du moulage)

Codification
Conditions de prise en charge
A. - Orthopédie du tronc
§ 1. - Appareils types et variantes
TR79 : Ceinture des trochanters aux fausses côtes
TR59 : Corset des trochanters à la pointe de l'omoplate (sans béquillons)
TR49 : Corset cuirasse complet des trochanters à l'épine de l'omoplate (sans béquillons)
TR49 : Corsets de sustentation
TR39 : Grand corset-cuirasse remontant jusqu'à la base du cou et enfermant la région claviculaire
TR29 : Corset à collier, partie têtière amovible s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière
TR29 : Corset-cuirasse avec minerve bivalve s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière
TR27 : Corselet minerve s'étendant des fausses côtes aux régions occipitale et mentonnière
TR25 : Minerve à base thoracique
TR24 : Minerve
TR23 : Collier
TR12 : Protège-crâne
TR41 : Maillot pour orthèse du tronc
§ 2. - Adjonctions
Dispositif facilitant la mise en place du corset (charnières et fermetures comprises)
Gainage de pièces métalliques
§ 3. - Corsets - sièges
Adjonctions aux corsets sièges
§ 3Bis. - Selle
§ 4. - Appareil de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale.
Adjonctions
Section IV. - Réparations
Codification
Dispositions applicables aux réparations des prothèses du membre inférieur
A. - Réparation et rechanges de pièces relatifs aux appareils de prothèse et d'orthopédie - Membre supérieur
Réparations et rechanges communs à différents appareils de prothèse
Main. - RS8
Avant-bras. - RS6
Réparations particulières aux appareils en cuir et acier
Avant-bras. - RS6C
Bras. - RS3C
Épaule. - RS1C
Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de vie sociale en chlorure de polyvinyle
Doigt. - RS9R
Main. - RS8R
Avant-bras. - RS6R
Coude. - RS4A
Bras. - RS3R
Épaule. - RS1R

Réparations et rechanges particuliers à la main en métériaux légers à fermeture active et ouverture passive par ressort faisant l'objet du supplément AS9D03
Main. - RS8D
Réparations et rechanges particuliers à la main D.A. pour enfant, adolescent, adulte, faisant l'objet du supplément à la référence AS9D04
Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de service
Réparations et rechanges particuliers aux prothèses tubulaires de vie sociale
Réparations et rechanges communs aux appareils de prothèse et d'orthopédie du membre supérieur RS10
Réparations et rechanges particuliers aux appareils d'orthopédie
Avant-bras. - Main. - RS58
Bras. - Avant-bras. - RS36
Avant-bras. - Bras. - Épaule. - RS16
B. - Réparations des prothèses du membre inférieur
Forfaits de réparation de prothèses du membre inférieur
Renvois des forfaits de réparation des prothèses du membre inférieur
Réparations applicables au niveau de la hanche RI01
Prothèses exosquelettiques
Prothèses endosquelettiques
Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Réparations applicables au niveau de la cuisse RI03
Prothèses exosquelettiques
Prothèses endosquelettiques
Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Réparations applicables au niveau du genou RI04
Prothèses exosquelettiques
Prothèses endosquelettiques
Réparations applicables au niveau de la jambe RI06
Prothèses exosquelettiques
Prothèses endosquelettiques
Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Réparations applicables au niveau de la cheville RI07
Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Réparations applicables au niveau du pied RI08
Prothèses exosquelettiques
Prothèses endosquelettiques
Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques
Réparations et rechanges communs aux prothèses et orthèses du membre inférieur RI10
Réparations et rechanges des appareils d'orthopédie du membre inférieur RI10
Réparations et rechanges particuliers des appareils d'orthopédie du membre inférieur
Jambe. - RI59C
Cuisse. - Jambe. - Pied. - RI39C
Cuisse. - Jambe. - Pied. - RI29C
Genouillère. - RI36C
Ceinture. - Cuissard. - Jambière. - RI96C
Ceinture. - Cuissard. - RI93C
Réparations et rechanges communs aux appareils d'orthopédie du membre inférieur
Pied. - RI89
Jambe. - RI58
Cuisse. - RI35
C. - Réparation et rechanges - Orthopédie du tronc
Réparations et rechanges particuliers à un type d'appareil
RT79
RT59
RT49
RT39

RT29
RT25
RT24
Réparations particulières aux appareils de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale TR47Z01
Réparations particulières aux corsets-sièges TR43
Réparations et rechanges particuliers à l'orthèse TR49K54
Réparations et rechanges communs aux orthèses TR29C11, TR29K27, TR29G27 et TR29N36
Réparations particulières à l'orthèse TR29C11
Réparations particulières à l'orthèse TR29K27
Réparations particulières à l'orthèse TR29G27
Réparations particulières à l'orthèse TR29N36
Réparations et rechanges communs à plusieurs appareils
Moulages sur nature
I. - Membre supérieur
II. - Membre inférieur
III. - Tronc
Titre III. - Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine
Conditions générales
1. Champ d'application
2. Conditions de prise en charge
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)
Section 1. - Implants cardiaques et vasculaires
Sous-section 1 : Implants cardiaques
Valve cardiaque
Sous-section 2 : Implants vasculaires
Paragraphe 1 : Filtre vasculaire
Paragraphe 2 : Endoprothèse carotidienne auto-expansible ou stent carotidien
Société Abbott France (Abbott)
Société Boston Scientific SA (Boston)
Société Ethicon SAS division Cordis (Cordis)
Société Covidien France SAS (COVIDIEN)
Paragraphe 3 : Endoprothèses coronaires dites "stents"
Génériques
A. - Endoprothèse coronaire dite «stent» enrobé d'un produit sans action pharmacologique
Société Biotronik France
Société Cid Vascular SARL (CID)
Société Hexacath France (Hexacath)
B. - Endoprothèse coronaire dite "stent" à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif
a) ORSIRO et CRE 8
Société Biotronik
Société CID Vascular Sarl (CID)
b) BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI
Société BIOSENSORS France SAS (BIOSENSORS)

Société B. BRAUN MEDICAL
c) RESOLUTE INTEGRITY
d) XIENCE V, XIENCE PRIME, PROMUS ELEMENT PLUS et ULTIMASTER
e) BIOMATRIX ALPHA, LUMENO ALPHA et LUMENO FLEX
f) BIOFREEDOM
g) COROFLEX ISAR, COROFLEX ISAR NEO, FIREHAWK et FIREHAWK LIBERTY
h) BIOSS LIM C
i) ULTIMASTER TANSEI, RESOLUTE ONYX, XIENCE ALPINE, XIENCE XPEDITION, XIENCE SIERRA, ORSIRO, ORSIRO MISSION, SUPRAFLEX et SUPRAFLEX CRUZ
j) PROMUS ELITE, PROMUS PREMIER, SYNERGY
k) ELUNIR
l) MISTENT SES
m) CRE8 EVO
n) SYNERGY MEGATRON
o) SYNERGY XD
Paragraphe 4 : Endoprothèses vasculaires périphériques
Génériques
A. - Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale
Société Endologix
Société Medtronic France SAS (MF SAS)
Endurant
EXCLUDER
GORE EXCLUDER IBE
Société Cook France
ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE, ZENITH FLEX AUI et ZENITH ALPHA
ZENITH BRANCH
ZENITH FENESTRATED
SOCIETE VASCUTEK FRANCE (VASCUTEK)
ANACONDA
ANACONDA FENETREE
B. - Endoprothèses aortiques pour le traitement des pathologies de l'aorte thoracique descendante
Société VASCUTEK France (VASCUTEK)
Société Cook France
Zenith TX1 et TX2
Zenith TX2 Proform
Société Medtronic France (MEDTRONIC) SAS
Société WL Gore & Associés (GORE)
C. - Endoprothèses veineuses pour le traitement des pathologies de la veine cave supérieure et des veines innominées
Société Boston Scientific SA (Boston)
D. - Endoprothèses artérielles des lésions de l'artère poplitée, des artères sous-poplitées et fémoro-poplitées
Société Abbott France (Abbott)
Société Boston Scientific SAS (Boston)
Société WL GORE & Associés (GORE)
Société Cook France (COOK)
Paragraphe 5 : Stent intracrânien auto-expansible
Société Balt Extrusion (Balt)
Société Covidien France (Covidien)
Société STRYCKER France SAS (STRYCKER)
Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)
Paragraphe 6 : Endoprothèse intra-hépatique
Société WL Gore et associés SARL (Gore)
Paragraphe 7 : Implants d'embolisation artérielles (pour fistule artérioveineuse, tumeur, anévrisme ....)
Génériques

Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)
Société ev3 Inc (eV 3)
PIPELINE et PIPELINE FLEX
Paragraphe 8 : Implant exovasculaire
Section 2. - Implant ophtalmologique
Bouchon ou clou-trou méatique
Stent de micro-pontage trabéculaire
Section 3. - Implants orthopédiques
Sous-section 1 : Implants articulaires
Paragraphe 1 : Implants articulaires de coude
Implant articulaire de coude, sur mesure
Paragraphe 2 : Implants articulaires d'épaule
Implant huméral
Tête ou calotte seule
Implant glénoïdien, cimenté ou non cimenté
Implants spéciaux
Paragraphe 3 : Implant articulaire du genou (contrainte ou non contrainte)
Implant fémoral (tige fémorale standard incluse)
Implant unicondylien ou unicompartimental.
Implant bicondylien, symétrique ou asymétrique, standard ou postéro-stabilisé
Implant fémoral bicondylien de prothèse totale de genou (standard ou postérostabilisé)
Implant trochléen
Implant fémoral de reprise, standard ou postéro stabilisé (tige fémorale incluse).
Implant tibial
Implant unicompartimental.
Implant bicompartimental, standard ou postéro stabilisé.
Embase de reprise pour implant tibial bicompartimental (tige incluse).
Prothèse totale spéciale
Implant patellaire
Implants complémentaires
Implant d'arthrodèse
Implant méniscal
Société STRYKER France (STRYKER)
Société Arthrex Sas (Arthrex)
Société Biomet France SARL
Société ETHICON SAS, division DEPUY MITEK (DEPUY MITEK)
Société Smith & Nephew
Société LINVATEC France SARL (LINVATEC)
Paragraphe 4 : Implants articulaires de hanche
Tige standard (col inclus)
Tige anatomique (col inclus)
Tige de reprise (col inclus)
Tige de reconstruction (col inclus)

Col modulaire
Tête et tête à jupe
Standards
Têtes et têtes à jupe en alliage métallique
Société DEPUY France SAS (DEPUY)
Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)
Cotyles et cupules
Cotyles standards monoblocs
Génériques
Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)
Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)
Cotyles standards modulaires
Cotyles à insert à double mobilité
Cotyle monobloc mixte
Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)
Cotyles de reconstruction
Cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire
Inserts seuls
Insert en polymère massif
Génériques
Société Mathys Orthopédie SAS (MATHYS)
Société STRYKER France SAS (STRYKER)
Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)
Insert en céramique
Inserts en alliage métallique
Société DEPUY France SAS (DEPUY)
Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)
Cotyles à insert à double mobilité
Prothèses de hanche de resurfaçage
Société SMITH & NEPHEW ORTHOPAEDICS France SAS (SMITH)
Autres implants
Implants spéciaux sur mesure
Accessoires pour pose d'implants articulaires
Ciment
Paragraphe 5 : Implants du rachis
Implants d'ancrage
Implant d'union longitudinale
Implant d'union transversale
Autres implants
Prothèses totales du disque lombaire
Société FH ORTHOPEDICS SAS (France)
SociétéSociété ZIMMER BIOMET France (ZIMMER)
Société Synthes S.A. (Synthes)
Paragraphe 6 : Implants articulaires de poignet
Implants de l'extrémité inférieure du radius
Implants carpo-métacarpiens
Implants trapézo-métacarpiens
Implants carpiens
Paragraphe 7 : Prothèses totales de cheville
Société Stryker Spine
Société Tornier Sas (France)
Paragraphe 8 : Implants articulaires de doigt (mains et pieds)
Implants métacarpiens ou métatarsiens monobloc

Implants métacarpiens ou métatarsiens modulaires
Implants phalangiens
Implants métacarpophalangiens, métatarsophalangiens et interphalangiens, bipolaires, correspondant à une prothèse totale.
Surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien
Paragraphe 9 : Implants de l'articulation sacro-iliaque
Sous-section 2 : Ligaments artificiels
Ligament articulaire de remplacement ou de renfort pour les articulations de l'épaule, du genou ou de la cheville
Société Lars SA
Société Orthomed SA
Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis
Ligament articulaire aiguillé ou ligament articulaire non aiguillé des articulations autre que l'épaule, le genou la cheville et le rachis
Ligament articulaire artificiel, système de fixation ou de sertissage
Sous-section 3 : Implants d'ostéosynthèse
Lames plaques ou lames coudées
Clous plaques
Vis plaque
Plaque (sécable ou non)
Vis et contre vis
Clous centro-médullaires
Broches
Implants d'ostéosynthèse divers et supplément
Implants pour chirurgie des extrémités des membres, mains et pieds
Implants d'ostéosynthèse sur mesure
Implants d'allongement
Implants pour chirurgie cranio-maxillo-faciale
Prothèses totales de l'articulation temporo-mandibulaire
Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER
Plaques crânio-maxillo-faciales
Vis crânio-maxillo-faciales
Implant osseux pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques
Autres implants
Sous-section 4 : Substituts osseux
Paragraphe 1: Substituts synthétiques de l'os
I. - 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
II. - Pour les produits d'autres compositions, la prise en charge est assurée pour les produits suivants
a) Phosphates de calcium
Produits multiphasiques
Ciments phosphocalciques injectables et modelables
Ostibone
Nanostim
b) bioverre
Paragraphe 2 : Autres éléments de substitution et de comblement à matrice bio-inerte avec ou sans bio-activité de surface
Implant cranio-faciale sur mesure

Cales d'interposition
Société Matériel Implants Limousil (MIL)
Prothèse osseuse sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne
Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)
Prothèse osseuse anatomique standard pour la reconstruction de la voûte crânienne
Sous-section 5 : Implants tendineux
Implants prothétiques ou de renfort tendineux, textiles
Implants tendineux conformateurs (dits tiges de Hunter) pour lésions des tendons de la main
Implant de suture percutanée du tendon d'Achille
Société Fh Orthopedics Sas (FH)
Sous-section 6 : Implants sur mesure
Sous-section 7 : Systèmes modulaires de reconstruction fémorale
A. Systèmes modulaires de reconstruction fémorale et tibiale
Société STANMORE IMPLANTS Worldwilde Limited (STANMORE)
B. Systèmes modulaires de recontruction de l'épaule
C. Systèmes modulaires de reconstruction massive du bassin
Section 4. - Implants otorhinolaryngologiques
Implants trachéaux
Section 5. - Prothèses auditives ostéo-intégrées
Société Cochlear France SAS (Cochlear)
Société PRODITION France (PRODITION)
Section 6. - Implants urogénitaux
Implant sphinctérien péri-urétral
Société AMERICAN MEDICAL SYSTEMS (AMS)
Implants pour le traitement du reflux vésico-rénal
Laboratoires Coloplast
Société Oceana Therapeutics Ltd (OCEANA)
Implants péniens
Génériques
Section 7. – Implants de plastie endocanalaire dits "stent"
Implants pour plastie endocanalaire dit « stent » quel qu'en soit le type
Implants de suture et de ligature internes, mécaniques, résorbables ou non, pour la chirurgie conventionnelle ou l'endochirurgie
Agrafage pour fixation d'implants (à l'exception des aponévroses)
Agrafage pour suture et anastomose linéaires
Agrafage pour suture circulaire
Ligature interne ou clips des vaisseaux ou des conduits excréteurs
Section 8. - Implants mammaires
Section 9. - Produit pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes
Société Sinclair Pharma France
Section 10.- Implants digestifs
Section 11 - Implants de l'appareil respiratoire
Sous-section 1 : Valves endobronchiques
Chapitre II. - Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant (Nomenclature et tarifs)
Section 1. - Implants cardio-vasculaires
Sous-section 1 : Bioprothèses valvulaires
Paragraphe 1 : Bioprothèses valvulaires
Paragraphe 2 : Bioprothèses valvulaires par voie transcutanée
Société EDWARDS lifesciences SAS (EDWARDS)
Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)
Paragraphe 3 : Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale
Sous-section 2 : Implants d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artérioveineuses, tumeurs...)
Société Biosphere medical
Sous-section 3 : Implants endovasculaires, dit « stents », couverts ou non couverts

Sous-section 4 : Prothèses cardio-vasculaires hybrides
Société VASCUTEK France (VASCUTEK)
Section 2. - Implants orthopédiques
Sous-section 1 : Implants ou substituts osseux
Paragraphe 1 : Implants osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux
A - Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)
B - Implants osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ (> 15 cm ³)
Paragraphe 2 : Implant osseux de forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, paraléllépipède, cylindre)
A - Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³ (< ou = 5 cm³)
B - Implants osseux pour un volume supérieur à 5 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ (> 5 cm³ et < ou = 45 cm³)
C - Implant osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)
Paragraphe 3 : Implants osseux de forme anatomique
A - Implant osseux de forme anatomique utilisé en orthopédie (vertèbre, coin d'ostéotomie...)
B - Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie)
1° Planchers orbitaires
2° Autres formes anatomiques complexes (menton, pommette, sinus)
3° Implant osseux sur mesure (hémicrâne, volet crânien, partie de la face, du front...)
Sous-section 2 : Obturateurs à ciment centro-médullaire pour pose d'implants articulaires
Chapitre III. - Greffons tissulaires d'origine humaine (Nomenclature et tarifs)
Banques de tissus
Fournisseurs étrangers / Banques importatrices
Section 1. - Greffons osseux(allogreffes)
Sous-section 1 : greffons osseux viro-inactivés
Paragraphe 1 : Greffons osseux sous forme de poudre (granulométrie < 2 mm)
Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm3 (< 2 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 4 cm3 (> ou = 2 cm3 et < 4 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 4 cm3 (> ou = 4 cm3)
Paragraphe 2 : Greffons osseux sous forme de copeaux, granules, fragments, chips (granulométrie > 2 mm)
Greffons osseux pour un volume inférieur à 5 cm3 (< 5 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm3 et < 10 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3 (> ou = 15 cm3 et < 20 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 20 cm3 et inférieur à 30 cm3 (> ou = 20 cm3 et < 30 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3 (> ou = 30 cm3 et < 45 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 45 cm3 (> ou = 45 cm3)
Paragraphe 3 : Greffons osseux sous forme géométrique simple (parallélépipédique)
Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm3 (< 2 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 (> ou = 2 cm3 et < 5 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm3 et < 10 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 (> ou = 15 cm3)
Paragraphe 4 : Greffons osseux sous forme géométrique complexe (anneau, cheville, coin, cylindre, disque, plaquette, sphère)
Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm3 (< 2 cm3)

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 (> ou = 2 cm3 et < 5 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm3 et < 10 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)
Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 (> ou = 15 cm3)
Paragraphe 5 Têtes fémorales (complètes ou incomplètes) ou hémitêtes
Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col
Tête fémorale incomplète ou hémitête
Paragraphe 6 : Têtes humérales
Banques de tissus
Paragraphe 7 : Crêtes iliaques bicorticales ou tricorticales
Sous-section 2 : Greffons osseux cryoconservés
Paragraphe 1 : Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col
Banques de tissus
Paragraphe 2 : Tête fémorale incomplète ou hémitête
Banques de tissus
Paragraphe 3 : Fragments osseux prélevés sur donneurs décédés (tête fémorale, tête humérale, crête iliaque, os spongieux, fragments divers) et os anatomiques du pied ou de la main (calcanéum, astragale)
Fournisseurs étrangers / banques importatrices
Paragraphe 4 : Os long prélevé sur donneurs décédés (distal, proximal ou intercalcaire) quel que soit l'os long concerné et sa longueur : tibia, fémur, humérus
Banques de tissus
Fournisseurs étrangers / banques importatrices
Section 2. - Allogreffes vasculaires
Allogreffe de veine saphène
Autre allogreffe vasculaire (artère ou veine autre que veine saphène)
Chapitre IV. - Dispositifs médicaux implantables actifs (Nomenclature et tarifs)
Section 1. - Stimulateurs cardiaques
Sous-section 1 : Stimulateurs cardiaques simple chambre
Sous-section 2 : Stimulateurs cardiaques simple chambre à fréquence asservie
Sorin Biomedica (Italie) / Sorin Biomedica (France)
St-Jude Medical (USA)/St-Jude medical (France)
Société Biotronik France (BIOTRONIK)
Sous-section 3 : Stimulateurs cardiaques implantables simple chambre implantés par voie transcatheter
Sous-section 4 : Stimulateurs cardiaques VDD ou VDDR
Sous-section 5 : Stimulateurs cardiaques double chambre
Sous-section6 : Stimulateurs cardiaques double chambre à fréquence asservie
Société Biotronik France (Biotronik)
Sous-section 7 : Stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dits"triple chambre"
Biotronik France
Ela Médical (ELA)
Boston Scientific SAS (BOSTON)
Medtronic France SAS
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Sorin Group France
Section 2. - Sondes de stimulation cardiaque implantables
Sondes épicardiques
Sondes endocavitaires
A. - Sondes endocavitaires pour stimulation cardiaque droite
B. - Sondes endocavitaires pour stimulation ventriculaire gauche
Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde
Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde
Section 3. - Pompes implantables
Paragraphe 1. - Pompes implantables pour chimiothérapie et pour administration intrathécale continue de solution de Baclofène ou d'antalgiques
Génériques

Société Medtronic France SAS (Medtronic)
Paragraphe 2. - Pompes à insuline implantables
Société Medtronic France SAS (Medtronic)
Section 4. - Neurostimulateur médullaire implantable
A. - Neurostimulateur médulaire rechargeable
B. - Neurostimulateur médulaire non rechargeable
C. - Accessoires
Section 5. - Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable
Société Medtronic France SAS (Medtronic)
Section 6. - Moniteurs ECG implantables
Société Medtronic France SAS (MF SAS)
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Section 7. - Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI)
Société BIOTRONIK
Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)
Société MICROPORT CRM France (MICROPORT)
Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Section 8. - Sondes de défibrillation cardiaque
Section 9. - Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM)
Société Berlin Hearth Gmbh (Berlin)
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Société MEDTRONIC (MEDTRONIC)
Société IST Cardiology SARL (IST)
Section 10. - Neurostimulateur du nerf vague gauche
Société Cyberonics Europe BVBA (CYBERONICS)
Section 11. - Système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale
Société Medtronic France SAS (Medtronic)
Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)
Paragraphe 1 – LIBRA et LIBRA XP
Paragraphe 2 - INFINITY
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 :
Conditions générales
Conditions relatives à la composition de l'équipe pluridisciplinaire
1. Centres prenant en charge les adultes
2. Centres prenant en charge les enfants
3. Centres prenant en charge les adultes et les enfants
Conditions relatives à l'environnement technique
Conditions relatives à l'activité
Conditions relatives aux modalités de travail des équipes
1. Pour la prise en charge des adultes
2. Pour la prise en charge des enfants

Conditions relatives au suivi des patients
Conditions relatives à l'organisation de la prise en charge globale pluridisciplinaire
Statistiques d'activité examinées en vue de la révision de la liste
Conditions supplémentaires spécifiques aux centres mettant en place des implants du tronc cérébral
Sous-section 1. - Systèmes d'implants cochléaires
Conditions générales de prise en charge
Implantation unilatérale de l'enfant
Implantation unilatérale de l'adulte sourd
Implantation bilatérale de l'enfant
Implantation bilatérale de l'adulte sourd
Société Advanced Bionics
Société Cochlear France SAS (Cochlear)
Société Neurelec SA (Neurelec)
Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)
Sous-section 2. - Systèmes d'implants du tronc cérébral
Société Cochlear France SAS (Cochlear)
Société Neurelec (Neurelec)
Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)
Sous-section 3. - Processeurs pour système d'implant cochléaire (implant coch) et implant du tronc cérébral
Société Advanced Bionics
Société Cochlear France SAS (Cochlear)
Société Neurelec (Neurelec)
Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)
Section 13 : Systèmes d'implant d'oreille moyenne
Section 14 : Stimulateurs phréniques
Société NEURORESP (NEURORESP)
Société Synapse Biomedical Europe (SYNAPSE)
Section 15 – Dispositifs de radio-embolisation utilisés pour la technique de radiothérapie sélective interne (SIRT) ou curiethérapie
Titre IV. - Véhicules pour handicapés physiques
Spécifications techniques
Chapitre I. - Fauteuils roulants
A - Fauteuils roulants à propulsion manuelle
I - Fauteuils roulants non pliants et pliants à propulsion manuelle
1. Généralités
1.1 Dispositions particulières relatives aux fauteuils évolutifs
1.2. Châssis
1.3. Roues motrices
1.4. Roues directrices
1.5. Siège
1.6. Dossier
1.7. Accoudoirs
1.8. Résistance au feu
1.9. Repose-pieds
1.10. Dispositif de propulsion manuelle
1.11. Dispositif d'immobilisation
1.12. Adjonctions
1.13. Options
1.14. Protection anticorrosion des surfaces
1.15. Plaque constructeur
1.16. Garantie
1.17. Interchangeabilité des pièces détachées
1.18. Notice d'utilisation et d'entretien
2. Essais de résistance

2.1. Objet
2.2. Principe
2.3. Conditions
2.4. Test du châssis et des roues motrices
2.4.1. Appareillage d'essai
2.4.2. Entraînement du fauteuil roulant
2.4.3. Obstacles
2.4.4. Test
2.4.5. Résultats
2.5. Test des roues directrices
2.6. Test de la toile de siège et de dossier
2.7. Test des palettes repose-pieds
2.8. Test des systèmes d'immobilisation
2.9. Stabilité statique
II - Fauteuils roulants pour activités sportives
1. Généralités
1.1. Résistance au feu
1.2. Protection anticorrosion des surfaces
1.3. Plaque constructeur
1.4. Garantie
1.5. Interchangeabilité des pièces détachées
1.6. Notice d'utilisation et d'entretien
2. Exigences descriptives
2.1. Définition
2.2. Cadre
2.3. Dossier
2.4. Siège
2.5. Repose-pieds
2.6. Train arrière
2.7. Train avant
2.8. Système d'immobilisation
2.9. Accessoires obligatoires
3. Exigence de performance
3.1. Tests du châssis et des roues motrices
3.1.1. Appareillage d'essai.
3.1.2. Entraînement du fauteuil roulant.
3.1.3. Obstacles.
3.1.4. Test.
3.1.5. Test.
3.2. Test des roues directrices.
3.3. Test de la sellerie de siège et de dossier
3.4. Tests des palettes repose-pieds
3.5. Test des systèmes d'immobilisation

B - Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique
1. Généralités
1.1. Roues
1.2. Dossier
1.3. Siège
1.4. Accoudoirs
1.5. Repose-pieds
1.6. Systèmes de freinage et de ralentissement
1.7. Stabilité
1.8. Groupe moteur
1.9. Batteries d'alimentation
1.10. Bloc commande
1.11. Options de commande
1.12. Protection des surfaces
1.13. Plaque constructeur
1.14. Interchangeabilité des pièces détachées
1.15. Garantie
2. Dispositions complémentaires relatives aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique à assise adaptée à la personne
C - Fauteuils roulants verticalisateur
1. Généralités
1.1 Châssis
1.2. Roues motrices
1.3. Roues directrices
1.4. Siège
1.5. Dossier
1.6. Accoudoirs
1.7. Résistance au feu
1.8. Repose-pieds
1.9. Dispositif de propulsion manuelle
1.10. Dispositif d'immobilisation
1.11. Protection anticorrosion des surfaces
1.12. Plaque constructeur
1.13. Garantie
1.14. Interchangeabilité des pièces détachées
1.15. Notice d'utilisation et d'entretien
2. Essais de résistance
2.1. Objet
2.2. Principes
2.3. Conditions
2.4. Test du châssis et des roues motrices
2.4.1 Appareillage d'essai.
2.4.2 Entraînement du fauteuil roulant.
2.4.3 Obstacles.
2.4.4 Test.
2.4.4.1 Sauts en phase
2.4.4.2 Sauts déphasés
2.4.5 Résultats.
2.4.5.1 Voilement des roues motrices
2.4.5.2 Jeu dans l'axe de la roue
2.5. Test des roues directrices
2.6. Test de la toile de siège et de dossier
2.7. Test des palettes repose-pieds
2.8. Test des systèmes d'immobilisation

2.9. Stabilité statique
D - Adjonctions communes aux fauteuils roulants manuels
Chapitre II. - Véhicules divers
A - Poussettes, fauteuils roulants à pousser et châssis roulants destinés au transport passif des personnes handicapées
1. Généralités
2. Spécifications techniques
2.1. Généralités
2.1.1. Châssis
2.1.2. Système de soutien du corps
2.1.3. Résistance au feu
2.1.4. Dispositif d'immobilisation
2.1.5. Variantes optionnelles
2.1.6. Protection anticorrosion des surfaces
2.1.7. Plaque constructeur
2.1.8. Garantie
2.1.9. Interchangeabilité des pièces détachées
2.1.10. Notice d'utilisation et d'entretien
2.2. Essais de résistance
2.2.1. Objet
2.2.2. Principe
2.2.3. Conditions
2.2.4. Tests du châssis et des roues arrière (ou considérées comme telles)
2.2.4.1. Appareillage d'essai
2.2.4.2. Entraînement du véhicule
2.2.4.3. Obstacles
2.2.4.4. Procédure
2.2.5. Test des roues avant (ou considérées comme telles).
2.2.6. Résultats
2.2.7. Essai de résistance dynamique
2.2.8. Test des systèmes d'immobilisation
2.2.9. Stabilité statique
B - Tricycle à propulsion manuelle ou podale
1. Généralités
1.1. Garantie
1.2. Interchangeabilité des pièces détachées
1.3. Plaque constructeur
1.4. Manuel d'utilisation
1.4.1. Caractéristiques générales.
1.4.2. Assemblage et installation.
1.4.3. Utilisation du véhicule.
1.4.4. Maintenance.
1.4.5. Réparations.
1.5. Protection anticorrosion des surfaces

2. Exigences de conception
2.1. Tricycles à propulsion manuelle ou podale
2.1.1. Châssis.
2.1.2. Roues.
2.1.3. Siège/selle.
2.1.4. Dispositif de propulsion.
2.1.5. Système de direction.
2.1.6. Dispositif de freinage et d'immobilisation
2.1.7. Repose pieds
3. Exigences de performance
3.1. Tricycle à propulsion manuelle ou podale
3.1.1. Contrôle
3.1.1.1. Roues
3.1.1.2. Pédale. - Liberté du bout de pied
3.1.1.3. Selle - Tige de selle
3.1.1.4. Dispositif avertisseur
3.1.2. Test suivant la méthode d'essai "détermination de stabilité statique" (paragraphe 4)
3.1.3. Test suivant la méthode d'essai "essai de charge de l'ensemble de frein"
3.1.3.1. Freinage manuel
3.1.3.2. Freinage par rétropédalage
3.1.4. Test suivant la méthode d'essai "essai de potence de guidon"
3.1.4.1. Essai de couple
3.1.4.2. Essai de charge statique
3.1.4.3. Essai de serrage entre le cintre et la potence
3.1.4.4. Essai de serrage ente la potence de guidon et le tube pivot de direction
3.1.5. Test suivant la méthode de l'essai "essai de choc sur l'ensemble cadre-fourche"
3.1.6. Test suivant la méthode d'essai "essai de chute de l'ensemble cadre-fourche"
3.1.7. Test suivant la méthode d'essai "essai de performance du frein à commande manuelle"
3.1.8. Test suivant la méthode d'essai "essai de performance du frein par rétropédalage"
4. Méthodes d'essai
4.1. Essai de charge de l'ensemble de frein
4.1.1. Frein à commande manuelle
4.1.2. Freinage par rétropédalage
4.2. Essai de l'ensemble de direction
4.2.1. Essai de couple sur la potence du guidon
4.2.2. Essai de charge statique
4.2.3. Essai de serrage entre le cintre et la potence
4.2.4. Essai de serrage entre la potence de guidon et le tube de pivot de direction
4.3. Essai de choc sur l'ensemble cadre-fourche
4.3.1. Essai de chute d'une masse
4.3.2. Essai de chute de l'ensemble cadre fourche
4.4. Essai de performance du frein à commande manuelle
4.5. Essai de performance du frein par rétropédalage
Nomenclature et tarifs
Conditions générales de prise en charge des véhicules pour handicapés physiques
Chapitre I. - Fauteuils roulants
Section 1. - Fauteuils roulants à propulsion manuelle
Sous-section 1 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle non pliants
Sous-section 2 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants
Sous-section 3 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle évolutifs pour jeunes enfants à partir de 18 mois
Sous-section 4 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle pour activités physiques et sportives
Section 2. - Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique
Société Lazelec

Section 3. - Fauteuils roulants verticalisateurs
Section 4. - Fauteuil roulant électrique monte-marches
Société Topchair SAS
Chapitre II. - Véhicules divers
Section 1. - Poussette et fauteuil roulant à pousser
Section 2. - Tricycles à propulsion manuelle ou podale
Section 3. – Scooter électrique modulaire
Sous-section 1 : Scooter électrique modulaire de classe B
Sous-section 2 : Scooter électrique modulaire de classe C
Sous-section 3: Scooter électrique modulaire de classe A+
Chapitre III. - Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants
Section 1. - Adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants
Sous-section 1 : Adjonctions et/ou options communes aux fauteuils roulants à propulsion manuelle
VHP, propulsion manuelle
VHP, propulsion manuelle, dispositif de propulsion par moteur électrique
VHP, dispositif d'assistance électrique à la propulsion
Société Invacare Poirier SAS (Invacare)
Sous-section 2 : Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants
Sous-section 3 : Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique
Sous-section 4 : Adjonctions et/ou options communes aux fauteuils roulants à propulsion manuelle et aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique
Section 2. - Réparations applicables aux fauteuils roulants
Sous-section 1 : Réparations communes aux fauteuils roulants manuels
Section 3. - Adjonctions et/ou options aux véhicules divers
Section 4. - Réparations applicables aux véhicules divers
Titre V. - Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III
1 – Champ d’application
2 – Conditions de prise en charge
Nomenclature et tarifs
Chapitre I. – Dispositifs médicaux utilisés en neurologie
Section 1 – Stents retrievers
Section 2 - Systèmes de thrombo-aspiration
Chapitre II - Dispositifs médicaux utilisés dans le système cardio-vasculaire
Section 1 -Ballons actifs périphériques
Section 2 -Gaines lasers pour extraction de sondes de stimulation et de défibrillation
Section 3-Guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien (FFR)
Section 4 - Ballons actifs coronaires
Section 5 Systèmes d'athérectomie rotationnelle
Chapitre III-Dispositifs médicaux utilisés en oncologie
Section 1 Instruments pour exérèse tumorale
Section 2 Systèmes d’ablation par radiofréquence
Section 3 Dispositifs pour cholangioscopie
Chapitre-IV - Dispositifs médicaux utilisés dans le système gastro-intestinal
Section 1 -Systèmes d'ablation par radiofréquence

Avertissement

CONCERNANT LE CARACTÈRE INDICATIF DES DATES DE FIN DE PRISE EN CHARGE : VOIR LES ARTICLES R 165-3 ET R 165-10 DU CSS ET LA CIRCULAIRE 30 / 2004 DU 17-02-2004 QUI PRÉCISE : "L'arrivée à échéance d'une date de fin de prise en charge d'un produit ou d'une prestation inscrits par nom de marque à la LPP ne doit pas se traduire par un refus de remboursement. Seule une décision expresse de radiation (avis ou arrêté) peut conduire à la fin de prise en charge dans ce cas".

Dernière mise à jour technique : 07-04-2021

Mises à jour réglementaires (arrêtés modifiant la LPP)

Documents d'origine :
- Arrêté du 06-08-2001 (JO du 02-10-2001) - Document n° 16 (annexes I à IV)
- Arrêté du 26-06-2003 (JO du 06-09-2003) - Document n° 27 (annexes I à IV)

2021

Mars

Avis (JO du 18-03-2021) relatif à la tarification des stents retrievers visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-03-2021 (JO du 18-03-2021) portant inscription des clips de réparation mitrale bord à bord MITRACLIP G4-NT, MITRACLIP G4-NTW, MITRACLIP G4-XT et MITRACLIP G4-XTW de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-03-2021) relatif à la tarification des clips de réparation mitrale bord à bord MITRACLIP G4-NT, MITRACLIP G4-NTW, MITRACLIP G4-XT et MITRACLIP G4-XTW visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du10-03-2021 (JO du 18-03-2021) portant inscription du système implantable non rechargeable pour stimulation médullaire WAVEWRITER ALPHA PRIME et du système implantable rechargeable pour stimulation médullaire WAVEWRITER ALPHA SYSTEM de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-03-2021) relatif à la tarification du système implantable non rechargeable pour stimulation médullaire WAVEWRITER ALPHA PRIME et du système implantable rechargeable pour stimulation médullaire WAVEWRITER ALPHA SYSTEM visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-03-2021 (JO du 17-03-2021) portant inscription du scooter électrique modulaire MINIMX4 PLUS de la société MEDTRADE au titre IV de la LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-03-2021) relatif à la tarification du scooter électrique modulaire MINIMX4 PLUS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 17-03-2021) portant renouvellement d'inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition entérale IMPACT ENTERAL de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 05-03-2021 (JO du 17-03-2021) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe LO RIDER de la société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 17-03-2021) portant radiation de produits au titre II de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 17-03-2021) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques abdominales ENDURANT II et ENDUR ANT IIs de la société MEDTRONIC France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-03-2021 (JO du 16-03-2021) portant renouvellement d'inscription du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien PRESSUREWIRE de la société ABBOTT MEDICAL France inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-03-2021 (JO du 13-03-2021) portant inscription du processeur de son pour systèmes d'implant cochléaire et du tronc cérébral KANSO 2 (modèle CP1150) de la société COCHLEAR France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 13-03-2021) relatif à la tarification du processeur de son pour système d'implant cochléaire et du tronc cérébral KANSO 2 (modèle CP1150) visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 08-03-2021 (JO du 12-03-2021) portant inscription du stent retriever TREVO NXT PROVUE de la société STRYKER France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 12-03-2021) relatif à la tarification du stent retriever TREVO NXT PROVUE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du05-03-2021 (JO du 11-03-2021) portant inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA LoPro90, renouvellement et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA de la société VASCUTEK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 11-03-2021) relatif à la tarification de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA LoPro90 visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 11-03-2021) modifiant l'arrêté du 16 décembre 2020 portant inscription de l'endoprothèse vasculaire thoraco-abdominale ZENITH T-BRANCH de la société COOK France au titre III de LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 11-03-2021) portant inscription du système implantable non rechargeable pour stimulation médullaire PROCLAIM XR de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 11-03-2021) relatif à la tarification du système implantable non rechargeable pour stimulation médullaire PROCLAIM XR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2021 (JO du 09-03-2021) portant modification des conditions d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable et inscription des

systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque automatique implantable simple, double et triple chambre MERLIN.NET – Application mobile MYMERLINPULSE de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 09-03-2021) relatif à la tarification du système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque automatique implantable MERLIN.NET – application mobile MYMERLINPULSE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-03-2021) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire active BIOMATRIX visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 24-02-2021 (JO du 02-03-2021) portant renouvellement, modification des conditions d'inscription et radiation de références des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE, ZENITH SPIRAL Z, ZENITH ALPHA, ZENITH ALPHA SPIRAL-Z de la société COOK France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Février

Arrêté du 15-02-2021 (JO du 24-02-2021) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à inserts à double mobilité inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-02-2021 (JO du 19-02-2021) portant inscription des gouttes oculaires lubrifiantes HYLO LIPID des laboratoires URSAPHARM au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-02-2021) relatif à la tarification des gouttes oculaires lubrifiantes HYLO LIPID visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 18-02-2021) relatif à la tarification des cotyles RM CLASSIC et RM PRESSFIT visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 18-02-2021) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires actives visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-02-2021 (JO du 18-02-2021) portant inscription du système de réparation méniscale résorbable par voie arthroscopique TRUESPAN de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL France au titre III de la LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-02-2021) relatif à la tarification du système de réparation méniscale résorbable par voie arthroscopique TRUESPAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-01-2021 (JO du 02-02-2021) portant modification des conditions d'inscription du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplé à une pompe à insuline externe MINIMED 640G de la société MEDTRONIC France inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-02-2021) relatif à la tarification du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplé à une pompe à insuline externe MINIMED 640G visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 02-02-2021) relatif à la tarification des crèmes IALUSET visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-01-2021 (JO du 02-02-2021) portant renouvellement d'inscription des crèmes et compresses imprégnées IALUSET des Laboratoires GENEVRIER inscrites au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-01-2021 (JO du 02-02-2021) portant inscription des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales pour nutrition orale DEKAS AQUA-E LIQUIDE et DEKAS ESSENTIAL LIQUIDE de la société ALVEOLUS BIOMEDICAL au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-02-2021) relatif à la tarification des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales pour nutrition orale DEKAS AQUA-E LIQUIDE et DEKAS

ESSENTIAL LIQUIDE visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-01-2021 (JO du 02-02-2021) portant inscription de la solution ophtalmique SYSTANE ULTRA des laboratoires ALCON au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-02-2021) relatif à la tarification de la solution ophtalmique SYSTANE ULTRA visée à l'article L. 165-1 du CSS

Janvier

Arrêté du 22-01-2021 (JO du 27-01-2021) portant inscription du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien COMET II et renouvellement d'inscription de COMET de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au titre V de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-01-2021) relatif à la tarification du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien COMET II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-01-2021 (JO du 27-01-2021) portant modification administrative des endoprothèses coronaires enrobées de ridaforolimus ELUNIR de la société MEDINOL inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 21-01-2021 (JO du 27-01-2021) portant modification des conditions d'inscription de genoux monoaxiaux inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-01-2021 (JO du 26-01-2021) portant renouvellement d'inscription de la prothèse totale de cheville SALTO TALARIS de la société TORNIER inscrite au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 22-01-2021 (JO du 26-01-2021) portant renouvellement d'inscription des allogreffes osseuses viro- inactivées par procédé PHOENIX de la société TBF Génie Tissulaire inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-01-2021 (JO du 26-01-2021) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à double mobilité constitués d'une cupule non cimentée BI-MENTUM PRESSFIT CUP, BI-MENTUM PLUS CUP, BI-MENTUM REVISION CUP (sans ciment) et d'un insert en polyéthylène conventionnel BI-MENTUM PE LINER de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-01-2021 (JO du 23-01-2021) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale PORTICO associée au système de pose et de chargement FLEXNAV de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 23-01-2021) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale PORTICO associée au système de pose et de chargement FLEXNAV visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-01-2021 (JO du 22-01-2021) modifiant les conditions d'inscription du moniteur cardiaque implantable CONFIRM RX modèle DM3500 de la société ABBOTT MEDICAL France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-01-2021) relatif à la tarification du moniteur cardiaque implantable CONFIRM RX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du18-01-2021 (JO du 22-01-2021) portant modification des modalités de prise en charge des implants du rachis inscrits au chapitre 1er du titre III de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Arrêté du12-01-2021 (JO du 22-01-2021) portant renouvellement d'inscription des solutions stériles pour usage ophtalmique topique SYSTANE ULTRA et SYSTANE ULTRA UD des Laboratoires ALCON inscrites au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 15-01-2021) Avis relatif à la tarification de mélanges prêts à l'emploi pour l'enfant de plus d'un an inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L.165-1 du CSS

Avis (JO du 15-01-2021) relatif à la tarification des systèmes d'autosurveillance de la cétonémie visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 11-01-2021 (JO du 13-01-2021) portant inscription du processeur pour implants cochléaire ou du tronc cérébral RONDO 3 de la société MED-EL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 13-01-2021) relatif à la tarification du processeur pour implants cochléaire ou du tronc cérébral RONDO 3 visé à l'article L. 165-1 du CSS

2020

Décembre

Arrêté du 14-12-2020 (JO du 23-12-2020) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur de stomie IRYFIX de la société B. BRAUN MEDICAL inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 23-12-2020) relatif à la tarification de l'obturateur de stomie IRYFIX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIDENT X3 de la société STRYKER France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-12-2020 (JO du 22-12-2020)portant renouvellement d'inscription et radiation de références pour la prothèse vasculaire hybride E VITA OPEN PLUS de la société JOTEC GmbH inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur à ciment centro-médullaire BIOSTOP G de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant inscription de la solution stérile de chlorure de sodium pour nébulisation NEBUSAL de la société TEVA SANTE au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-12-2020) relatif à la tarification de la solution stérile de chlorure de sodium pour nébulisation NEBUSAL visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant inscription des stents flow diverter SILK VISTA et SILK VISTA BABY de la société BALT Extrusion au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-12-2020) relatif à la tarification des stents flow diverter SILK VISTA et SILK VISTA BABY visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé HIGHCROSS compatible avec les cupules non cimentées ou cimentées pour cotyles double mobilité VERSAFITCUP DM (sans ciment), MPACT DM (sans ciment), VERSACEM (à cimenter) de la société MEDACTA France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-12-2020) relatif à la tarification de l'insert en polyéthylène hautement réticulé HIGHCROSS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant renouvellement d'inscription du produit de nutrition entérale FRESUBIN DB CONTROL de la société FRESENIUS KABI France inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-12-2020) relatif à la tarification du produit de nutrition entérale FRESUBIN DB CONTROL visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 14-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant renouvellement d'inscription des électrodes LAMITRODE 88, TRIPOLE 16, TRIPOLE 16C, PENTA, QUATTRODE 3/4, QUATTRODE 3/6, OCTRODE, LAMITRODE 44C, LAMITRODE 44, LAMITRODE 4, S-SERIES S-8 de la société ABBOTT MEDICAL France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-12-2020) relatif à la tarification des électrodes LAMITRODE 88, TRIPOLE 16, TRIPOLE 16C, PENTA, QUATTRODE 3/4, QUATTRODE 3/6, OCTRODE, LAMITRODE 44C, LAMITRODE 44, LAMITRODE 4, S-SERIES S-8 visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du14-12-2020 (JO du 22-12-2020) portant inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale CLINUTREN THICKENUP CLEAR de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis JO du 22-12-2020) relatif à la tarification de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale CLINUTREN THICKENUP CLEAR visée à l'article

L. 165-1 du CSS

Décision du 17-12-2020 (JO du 19-12-2020) fixant le tarif de responsabilité, le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC et le prix de cession en euros HT du système OMNIPOD de la société INSULET inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-12-2020) relatif à la tarification du système OMNIPOD visé à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 17-12-2020 (JO du 19-12-2020) fixant le tarif de responsabilité, le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC et les prix de cession en euros HT des pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites sous description générique sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-12-2020) relatif à la tarification des pompes à insuline externes, portables et programmables visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du17-12-2020 (JO du 19-12-2020) portant renouvellement d'inscription de la pompe externe à insuline OMNIPOD de la société INSULET France SAS inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-12-2020 (JO du 18-12-2020) portant inscription de l'endoprothèse vasculaire thoraco-abdominale ZENITH T-BRANCH de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-12-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire thoraco-abdominale ZENITH T-BRANCH et de l'endoprothèse vasculaire ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-12-2020 (JO du 18-12-2020) portant inscription de l'endoprothèse vasculaire ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-12-2020 (JO du 18-12-2020) portant inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortique thoraco-abdominales ZENITH fenêtrée et ZENITH multibranche de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-12-2020) relatif à la tarification des endoprothèses aortique thoraco-abdominales ZENITH fenêtrée et ZENITH multibranche visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 03-12-2020 (JO du 10-12-2020) portant inscription de la télécommande patient pour systèmes de stimulation cérébrale profonde ACTIVA TELECOMMANDE PATIENT ACTIVA de la société MEDTRONIC France au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 10-12-2020) relatif à la tarification de la télécommande pour système de stimulation cérébrale profonde ACTIVA visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-12-2020) relatif à la tarification des télécommandes pour système de stimulation cérébrale profonde VERCISE et VERCISE PC visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-12-2020) relatif à la tarification des télécommandes pour système de stimulation cérébrale profonde LIBRA, LIBRA XP et INFINITY visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-12-2020) relatif à la tarification de la télécommande pour système de stimulation cérébrale profonde ACTIVA visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 08-12-2020) relatif à la tarification des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 08-12-2020) 2 décembre 2020 portant changement de distributeur du produit de comblement NEW- FILL de la société SINCLAIR PHARMACEUTICALS LIMITED inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 08-12-2020) relatif à la tarification du produit de comblement NEW-FILL visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 05-12-2020) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée d'everolimus SYNERGY XD de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 05-12-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire enrobée d'everolimus SYNERGY XD visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 04-12-2020) portant inscription du concentrateur mobile d'oxygène INOGEN ONE G5 de la société INOGEN au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-12-2020) relatif à la tarification du concentrateur mobile d'oxygène INOGEN ONE G5 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 04-12-2020) portant inscription des références du processeur pour implant d'oreille moyenne SAMBA 2 de la société MED-EL au titre II de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 04-12-2020) modifiant les conditions d'inscription des allogreffes osseuses traitées par procédé DIZG de la société NOVOMEDICS France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-12-2020) relatif à la tarification des allogreffes osseuses traitée par procédé DIZG visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 04-12-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la denrée alimentaire MODULEN IBD de la société Nestlé Health Science France inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-12-2020) relatif à la tarification de la denrée alimentaire MODULEN IBD visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2020 (JO du 04-12-2020) portant inscription des cotyles à double mobilité constitués d'une cupule non cimentée BI-MENTUM PRESSFIT CUP, BI-MENTUM PLUS CUP, BI-MENTUM REVISION CUP (sans ciment), des cotyles à double mobilité constitué d'une cupule cimentée BI- MENTUM CEMENTED CUP (à cimenter), et d'un insert en polyéthylène conventionnel BI- MENTUM PE LINER de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-12-2020) relatif à la tarification des cotyles à double mobilité BI-MENTUM visées à l'article L. 165-1 du CSS

Novembre

Arrêté du17-11-2020 (JO du 20-11-2020) portant inscription du système de réparation méniscale FIBERSTITCH de la société ARTHREX au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-11-2020) relatif à la tarification du système de réparation méniscale FIBERSTITCH visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du17-11-2020 (JO du 20-11-2020) portant renouvellement d'inscription du dispositif Allogreffon veineux saphène +2/+8°C BIOPROTEC de la société BIOPROTEC SASU inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-11-2020 (JO du 20-11-2020) portant inscription des systèmes de nébulisation pour aérosolthérapie PARI BOY PRO France, PARI LC SPRINT SP, PARI LC SPRINT SP BABY de la société PARI GmbH au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-11-2020) relatif à la tarification des systèmes de nébulisation pour aérosolthérapie PARI BOY PRO France, PARI LC SPRINT SP et PARI LC SPRINT SP BABY visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-11-2020 (JO du 20-11-2020) portant inscription du système de mesure en continu du glucose DEXCOM G6 de la société Dexcom International Limited au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-11-2020) relatif à la tarification du système de mesure en continu du glucose DEXCOM G6 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

Avis (JO du 30-10-2020) relatif à la tarification de l'aliment de nutrition entérale PEPTAMEN JUNIOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales PEPTAMEN JUNIOR de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe II TRIAS 1C30 de la société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe LOW PROFIL AXTION 1E56 de la

société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant inscription du stent retriever ERIC de la société MICROVENTION Europe au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-10-2020) relatif à la tarification du stent retriever ERIC visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription du pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe CHOPART de la société OTTO BOCK inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie ADJUST 1M10 de la société OTTO BOCK inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie DYNAMIC MOTION 1D35 de la société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant modification des conditions d'inscription du système rechargeable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC de la société MEDTRONIC France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 30-10-2020) portant inscription du dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel WHEELDRIVE de la société SUNRISE MEDICAL au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis JO du 30-10-2020) relatif à la tarification du dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel WHEELDRIVE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 29-10-2020) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de la société MICROPORT CRM France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 29-10-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus FIREHAWK LIBERTY visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 28-10-2020) relatif à la tarification des électrodes PERENNIA visées à l'article L.165-1 du CSS

Arrêté du 26-10-2020 (JO du 28-10-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription du système de stimulation du nerf vague gauche ASPIRE SR 106 de la société LIVANOVA inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 9 octobre 2020(JO du 15-10-2020) portant changement de dénomination de l'orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM de la société RESMED inscrite au titre II de la LPP remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 13-10-2020) portant renouvellement d'inscription pour les bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie artérielle transcutanée COREVALVE EVOLUT PRO et COREVALVE EVOLUT R de la société MEDTRONIC France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 13-10-2020) portant modification des conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées inscrit au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 09-10-2020) portant modification des conditions d'inscription de l'implant d'apposition biliopancréatique luminal HOT AXIOS de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 09-10-2020) portant renouvellement d'inscription des pieds à restitution d'énergie DYNAMIQUE 1D10 et TRITON de la société OTTO BOCK inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 09-10-2020) portant renouvellement d'inscription et changement de distributeur de l'implant sphinctérien périurétral hydraulique AMS 800 de la société AMS France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 09-10-2020) relatif à la tarification de l'implant sphinctérien AMS800 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 09-10-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant inscription des cathéters d'accès et d'administration pour cholangiopancréatoscope simple opérateur à usage unique SPYSCOPE DS et SPYSCOPE DS II de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-10-2020) relatif à la tarification des cathéters pour cholangiopancréatoscope SPYSCOPE DS et SPYSCOPE DS II visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant inscription des substituts osseux pour reconstruction crânienne MEDPOR CCI et MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE de la société STRYKER France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-10-2020) relatif à la tarification des substituts osseux pour reconstruction crânienne MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE et MEDPOR CCI visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 06-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant inscription des pansements hydrocellulaires AQUACEL FOAM PRO Talon et AQUACEL FOAM PRO Sacrum des Laboratoires CONVATEC au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-10-2020) relatif à la tarification des pansements hydrocellulaires AQUACEL FOAM PRO TALON & AQUACEL FOAM PRO SACRUM visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant modification des conditions d'inscription du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM incluant le cathéter de reperfusion PENUMBRA JET7/JETD et PENUMBRA SYSTEM incluant le cathéter de reperfusion ACE68/ACE60 de la société PENUMBRA France inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des adaptateurs de rotation 4R57 de la société OTTO BOCK France inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant inscription du stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé PIPELINE VANTAGE avec Shield Technology de la société MEDTRONIC France au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-10-2020) relatif à la tarification du stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé PIPELINE VANTAGE avec Shield Technology visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 07-10-2020) portant modification des conditions de prise en charge des endoprothèses vasculaires périphériques inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 06-10-2020) portant inscription du surmatelas à air motorisé CAIRFLOW PM100A EVO DIGITAL de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 06-10-2020) relatif à la tarification du surmatelas à air motorisé CAIRFLOW PM100A EVO DIGITAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 06-10-2020) portant inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire PANTHERA D-SAD de la société PANTHERA Dental au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 duCSS
OAvis (JO du 06-10-2020) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire PANTHERA D-SAD visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-10-2020 (JO du 06-10-2020) portant inscription du cotyle à insert à double mobilité AVANTAGE 3P PLASMA TiHA de la société ZIMMER BIOMET France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 06-10-2020) relatif à la tarification du cotyle à insert à double mobilité AVANTAGE 3P PLASMA TiHA visé à l'article L. 165-1 du CSS

Septembre

Arrêté du 17-09-2020 (JO du 17-09-2020) portant modification des systèmes de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP NTR et MITRACLIP XTR de la société ABBOTT France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-09-2020 (JO du 17-09-2020) portant radiation de l'obturateur pour pose d'implants articulaires MEDULOK-PORCIN de la société TEKNIMED inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-09-2020 (JO du 17-09-2020) portant radiation de l'obturateur pour pose d'implants articulaires BIOPLUG PORCIN de la société MEDICALBIOMAT inscrit au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du10-09-2020 (JO du 17-09-2020 portant inscription du bonnet capillaire SIF & LOKI de la société SIF & LOKI au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 17-09-2020) relatif à la tarification du bonnet capillaire SIF & LOKI visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-09-2020 (JO du 17-09-2020) portant inscription des pansements hydrocellulaires SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM & SUPRASORB P SENSITIVE HEEL des Laboratoires LOHMANN & RAUSCHER au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-09-2020) relatif à la tarification des pansements hydrocellulaires SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM et HEEL visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 12-09-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 12-09-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique XIENCE PRIME BTK visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 12-09-2020) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques PROMUS PREMIER OVER THE WIRE BTK, PROMUS PREMIER MONORAIL BTK et ELUVIA visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 12-09-2020) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 03-09-2020) relatif à la tarification du moniteur cardiaque CONFIRM RX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Août

Arrêté du 05-08-2020 (JO du 07-08-2020) portant inscription, renouvellement et modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé OSTEOPURE de la société OST DEVELOPPEMENT SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-08-2020) relatif à la tarification des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé OSTEOPURE visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 04-08-2020 (JO du 06-08-2020) portant inscription des systèmes d'athérectomie rotationnelle ROTAPRO et ROTALINK PLUS de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 06-08-2020) relatif à la tarification des systèmes d'athérectomie ROTALINK PLUS et ROTAPRO visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 31-07-2020 (JO du 04-08-2020) portant inscription des renforts périphériques pour stomie BRAVA SUPPORT PLUS des Laboratoires COLOPLAST au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-08-2020) relatif à la tarification des renforts périphériques pour stomie BRAVA SUPPORT PLUS des Laboratoires COLOPLAST visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-07-2020 (JO du 04-08-2020) portant inscription du pied à restitution d'énergie ENERGY FOOT de la société G2M au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-08-2020) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe I ENERGY FOOT visé à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 31-07-2020) portant inscription de la pompe externe à insuline OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM de la société INSULET France

SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 31-07-2020) relatif à la tarification du système OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant inscription des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus ORSIRO MISSION de la société BIOTRONIK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus ORSIRO MISSION visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant inscription du substitut osseux synthétique injectable GLASSBONE INJECTABLE PUTTY de la société NORAKER au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification des substituts osseux synthétiques injectables GLASSBONE INJECTABLE PUTTY visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant modification des conditions d'inscription du dispositif allogreffe de veine saphène BIOPROTEC de la société BIOPROTEC S.A.S.U. inscrit au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification de l'allogreffon veineux saphène visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant modification des conditions d'inscription des stimulateurs cardiaques AZURE et PERCEPTA de la société MEDTRONIC France inscrits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant renouvellement et modification d'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH ALPHA de la société COOK France inscrite au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des dispositifs intracrâniens auto-expansibles à largage contrôlé PIPELINE FLEX de la société Medtronic inscrits au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant changement de distributeur de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant inscription du gel opthalmique HYLOVIS GEL MULTI de la société TRB CHEMEDICA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification du gel opthalmique HYLOVIS GEL MULTI visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant inscription du gel opthalmique VISMED GEL MULTI de la société HORUS PHARMA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification du gel ophtalmique VISMED GEL MULTI visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 30-07-2020) portant inscription des pansements URGOSTART PLUS des Laboratoires URGO au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-07-2020) relatif à la tarification des pansements URGOSTART PLUS visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2020 (JO du 29-07-2020) portant inscription de l'application web MOOVCARE POUMON de la société SIVAN France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 29-07-2020) relatif à la tarification de l'application web MOOVCARE POUMON visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 23-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant renouvellement d'inscription des prothèses cardio-vasculaires hybrides THORAFLEX HYBRID PLEXUS et THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO de la société VASCUTEK France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 23-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) AIRE, DAX et DOUAI de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-07-2020 (JO du 28-07-2020) modifiant l'arrêté du 8 avril 2020 portant inscription du matelas à air motorisé DOMUS 4 AUTO de la société APEX MEDICAL France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant modification des conditions d'inscription de l'implant d'apposition biliopancréatique luminal HOT AXIOS de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant renouvellement d'inscription, modification des conditions d'inscription et changement de distributeur de la prothèse totale du disque lombaire MOBIDISC de la société LDR Médical vers la société ZIMMER BIOMET France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-07-2020) relatif à la tarification de la prothèse de disque lombaire MOBIDISC visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant renouvellement d'inscription de la prothèse totale du disque lombaire PRODISC L de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-07-2020 (JO du 28-07-2020) portant inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique AIR+ de la société STRYKER France au titre III de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-07-2020) relatif à la tarification du système de réparation méniscale par voie arthroscopique AIR+ visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 22-07-2020) portant inscription du dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel ALBER SMOOV ONE O10 de la société INVACARE POIRIER au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 22-07-2020) relatif à la tarification du dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel ALBER SMOOV ONE O10 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 21-07-2020) portant modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses traitées par procédé DIZG de la société NOVOMEDICS France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-07-2020) relatif à la tarification des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé DIZG visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 21-07-2020) portant inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie WELLION GALILEO GLU/KET et des bandelettes associées destinées à la mesure de la cétonémie WELLION GALILEO KET de la société MED TRUST France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-07-2020) relatif à la tarification de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie WELLION GALILEO GLU/KET et des bandelettes associées destinées à la mesure de la cétonémie WELLION GALILEO KET visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 15-07-2020 (JO du 21-07-2020) portant inscription du ballon à élution de paclitaxel IN.PACT PACIFIC de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-07-2020) relatif à la tarification du ballon à élution de paclitaxel IN.PACT PACIFIC visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2020 (JO du 21-07-2020) portant inscription du stent intracrânien auto-expansible LVIS EVO de la société MICROVENTION au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-07-2020) relatif à la tarification du stent intracrânien auto-expansible LVIS EVO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-07-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-07-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique XIENCE PRIME BTK visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-07-2020) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques PROMUS PREMIER OVER THE WIRE BTK, PROMUS PREMIER MONORAIL BTK et ELUVIA visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-07-2020) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 07-07-2020) relatif à la tarification de l'audioprocesseur SAMBA pour implant d'oreille moyenne VIBRANT SOUNDBRIDGE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Juin

Arrêté du 10-06-2020 (JO du 16-06-2020) portant radiation de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale et entérale INFASOURCE de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-06-2020 (JO du 16-06-2020) portant inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale et entérale INFASOURCE de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 16-06-2020) relatif à la tarification du dispositif INFASOURCE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-06-2020) relatif à la tarification du moniteur cardiaque BIOMONITOR 2-AF visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2020 (JO du 03-06-2020) portant renouvellement d'inscription de la prothèse totale de hanche de resurfaçage BHR de la société SMITH & NEPHEW inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 03-06-2020) relatif à la tarification de la prothèse totale de hanche de resurfaçage BHR visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2020 (JO du 03-06-2020) relatif au changement de nom du pied à restitution d'énergie de classe III RUSH LOPRO de la société PROTEOR inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 03-06-2020) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III RUSH RAMPAGE LP visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-05-2020 (JO du 03-06-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de FLOW COLLECTOR de la société B. BRAUN MEDICAL inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 03-06-2020) relatif à la tarification du système collecteur FLOW COLLECTOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Mai

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 29-05-2020) portant modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé PHOENIX de la société TBF au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 26-05-2020 (JO du 28-05-2020) portant changement de distributeur des endoprothèses coronaires ELUNIR de la société CARDINAL HEALTH France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-05-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire ELUNIR visée à l'article L. 165-1 CSS

Arrêté du 26-05-2020 (JO du 28-05-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des coussins d'aide à la prévention des escarres PHARMA FORM KALLI VISCO, PHARMA FORM ISKIO, PHARMA FORM PRIMA, PRIMA PLOT de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 28-05-2020) portant inscription du stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé SILK + de la société BALT Extrusion au titre III de la LPPR prévue

à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-05-2020) relatif à la tarification du stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé SILK + visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) portant modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé C+TBA ALLOTEC de la société NOVOMEDICS France au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-05-2020) relatif à la tarification des allogreffes osseuses viro-inactivées C+TBA ALLOTEC visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) portant modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé C+TBA ALLOTEC de la société NOVOMEDICS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
.
Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) modifiant l'arrêté du 10 mars 2020 portant modification des conditions d'inscription du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA France inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) portant changement de distributeur du fauteuil roulant électrique monte-marches TOPCHAIR-S de la société TOPCHAIR inscrit au titre IV de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) portant modification des conditions d'inscription du pansement anatomique hydrocellulaire ASKINA Cavity de la société B BRAUN inscrit au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 27-05-2020) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus SUPRAFLEX et SUPRAFLEX CRUZ de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-05-2020) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus SUPRAFLEX & SUPRAFLEX CRUZ visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 26-05-2020) portant inscription des systèmes implantables non rechargeables de neurostimulation médullaire PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 26-05-2020) relatif à la tarification des neurostimulateurs médullaires non rechargeables PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 26-05-2020) portant renouvellement d'inscription du coussin en mousse viscoélastique VISCO des Laboratoires ESCARIUS inscrit au titre I de LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 26-05-2020) portant inscription du coussin en mousse viscoélastique INVACARE MATRX CONTOUR VISCO de la société INVACARE POIRIER au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 26-05-2020) relatif à la tarification du coussin en mousse viscoélastique INVACARE MATRX CONTOUR VISCO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-05-2020 (JO du 26-05-2020) portant inscription du surmatelas à air motorisé AXTAIR AUTOMORPHO PLUS de la société WINNCARE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 26-05-2020) relatif à la tarification du surmatelas à air motorisé AXTAIR AUTOMORPHO PLUS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-05-2020 (JO du 21-05-2020) portant inscription de l'implant pour fermeture du foramen ovale perméable AMPLATZER PFO OCCLUDER de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de laLPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 21-05-2020) relatif à la tarification de l'implant pour fermeture du foramen ovale perméable AMPLATZER PFO OCCLUDER visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-05-2020 (JO du 19-05-2020) portant inscription de la prothèse totale de cheville INFINITY de la société TORNIER au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-05-2020) relatif à la tarification de la prothèse totale de la cheville INFINITY visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avril

Arrêté du 24-04-2020 (JO du 29-04-2020) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus CRE8 EVO de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES

France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 29-04-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire CRE8 EVO visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 24-04-2020 (JO du 29-04-2020) portant inscription de l'endoprothèse coronaire active SYNERGY MEGATRON de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 29-04-2020) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire active SYNERGY MEGATRON visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 24-04-2020 (JO du 29-04-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-04-2020 (JO du 28-04-2020) portant modification des conditions d'inscription du ballonnet à élution de paclitaxel IN.PACT ADMIRAL de la société MEDTRONIC FRANCE inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-04-2020) relatif à la tarification du ballon actif périphérique IN.PACT ADMIRAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 21-04-2020 (JO du 23-04-2020) portant inscription du système de valves endobronchiques ZEPHYR de la société PULMONX INTERNATIONAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 23-04-2020) relatif à la tarification de la valve endobronchique ZEPHYR visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 21-04-2020 (JO du 23-04-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire active CRE8 de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 23-04-2020) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires actives CRE8 visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2020 (JO du 17-04-2020) portant inscription du moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR III de la société BIOTRONIK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-04-2020) relatif à la tarification du moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR III visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2020 (JO du 17-04-2020) portant inscription du cotyle à double mobilité (à cimenter) MERCURY de la société C2F IMPLANTS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-04-2020) relatif à la tarification de MERCURY visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 14-04-2020 (JO du 17-04-2020) modifiant l'arrêté du 8 avril 2020 portant inscription du matelas à air motorisé DOMUS 4 AUTO de la société APEX MEDICAL France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-04-2020 (JO du 15-04-2020) portant inscription du stylo injecteur réutilisable MOVYMIA PEN de la société EG LABO - Laboratoires EuroGenerics au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 15-04-2020) relatif à la tarification au stylo injecteur MOVYMIA PEN visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-04-2020 (JO du 15-04-2020) portant modification des conditions d'inscription des endoprothèses coronaires actives FIREHAWK de la société MICROPORT au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-04-2020) relatif à la tarification des poches de recueil de matières fécales visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-04-2020 (JO du 09-04-2020) portant inscription du matelas à air motorisé DOMUS 4 AUTO de la société APEX MEDICAL France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-04-2020) relatif à la tarification de matelas à air motorisé DOMUS 4 AUTO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 07-04-2020 (JO du 09-04-2020) portant inscription du nébuliseur INNOSPIRE GO de la société PHILIPS France COMMERCIAL au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 09-04-2020) relatif à la tarification du nébuliseur INNOSPIRE GO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 01-04-2020 (JO du 09-04-2020) portant renouvellement d'inscription du neuromodulateur des racines sacrées INTERSTIM II de la société MEDTRONIC France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 09-04-2020) relatif à la tarification de INTERSTIM II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Mars

Arrêté du 27-03-2020 (JO du 31-03-2020) portant inscription des ballons à élution de principe actif SEQUENT PLEASE et SEQUENT PLEASE NEO de la société B. BRAUN MEDICAL au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 31-03-2020) relatif à la tarification de SEQUENT PLEASE et SEQUENT PLEASE NEO visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2020 (JO du 31-03-2020) portant inscription du ballon actif coronaire PANTERA LUX de la société BIOTRONIK France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 31-03-2020) relatif à la tarification de PANTERA LUX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2020 (JO du 31-03-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2020 (JO du 31-03-2020) portant inscription de l'orthèse de genou articulée dynamique REBEL RELIEVER de la société THUASNE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 31-03-2020) relatif à la tarification de REBEL RELIEVER visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 28-03-2020) relatif à la tarification du système OMNIPOD visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 28-03-2020) relatif à la tarification des pompes externes à insuline et leurs consommables visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2020 (JO du 27-03-2020) portant inscription du genou mono-axial hydropneumatique à microprocesseur ORION3 de la société BLATCHFORD SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-03-2020) relatif à la tarification du genou mono-axial hydropneumatique à microprocesseur ORION 3 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2020 (JO du 27-03-2020) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à inserts à double mobilité inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2020 (JO du 27-03-2020) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse périphérique à libération de principe actif XIENCE PRIME BTK de la société ABBOTT MEDICAL France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du20-03-2020 (JO du 26-03-2020) portant modification des conditions d'inscription des microsphères d'Yttrium-90 THERASPHERE du groupe BTG International inscrits au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 26-03-2020) relatif à la tarification de THERASPHERE visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du10-03-2020 (JO du 14-03-2020) portant modification des modalités de prise en charge des véhicules destinés au transport passif des personnes handicapées inscrits au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 13-03-2020) relatif à la tarification du système de thrombo-aspiration AXS CATALYST visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 10-03-2020 (JO du 13-03-2020) portant modification des conditions d'inscription du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA France inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du10-03-2020 (JO du 13-03-2020) portant inscription des systèmes de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM JET 7 et PENUMBRA SYSTEM JET D de la société PENUMBRA France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 13-03-2020) relatif à la tarification des systèmes de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 10-03-2020 (JO du 12-03-2020) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques CONFORMABLE TAG de la société WL GORE & Associés inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 12-03-2020) relatif à la tarification du stimulateur phrénique intra-diaphragmatique NEURX DPS RA/4 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 10-03-2020 (JO du 12-03-2020) portant inscription du stent retriever SOLITAIRE X de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 12-03-2020) relatif à la tarification du stent retriever SOLITAIRE X visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-03-2020 (JO du 12-03-2020) portant renouvellement d'inscription du stimulateur phrénique intra-diaphragmatique NEURX DPS RA/4 de la société SYNAPSE BIOMEDICAL Europe inscrit aux titres I et III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 04-03-2020 (JO du 11-03-2020) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM de la société RESMED SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2020 (JO du 10-03-2020) portant renouvellement d'inscription du matelas en mousse multistrates AIRSOFT DUO de la société ANNIE BAUER CONFORT inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-03-2020 (JO du 10-03-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 04-03-2020 (JO du 10-03-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-02-2020 (JO du 03-03-2020) portant inscription du pied à restitution d'énergie RUSH CHOPART PROTEOR de la société PROTEOR au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 03-03-2020) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie RUSH CHOPART PROTEOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-02-2020 (JO du 03-03-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Février

Arrêté du 19-02-2020 (JO du 21-02-2020) portant inscription des électrodes aiguilles de radiofréquence LEVEEN de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-02-2020) relatif à la tarification des électrodes aiguilles de radiofréquence LEVEEN visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 19-02-2020 (JO du 21-02-2020) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale PORTICO de la société ABBOTT MEDICAL

France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-02-2020) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire aortique PORTICO de la société ABBOTT MEDICAL France visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-02-2020 (JO du 19-02-2020) modifiant l'arrêté du 11 février 2020 portant inscription du concentrateur mobile d'oxygène FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE Inc. au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 14-02-2020 (JO du 19-02-2020) portant inscription du stent de micro-pontage trabéculaire iSTENT INJECT W de la société GLAUKOS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-02-2020) relatif à la tarification du stent de micro-pontage trabéculaire iSTENT INJECT W visé à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 05-02-2020 (JO du 18-02-2020 fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC du matelas AIRSOFT DUO de la société ANNIE BAUER CONFORT inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 11-02-2020 (JO du 14-02-2020) portant inscription du neuromodulateur rechargeable des racines sacrées AXONICS SNM de la société AXONICS MODULATION TECHNOLOGIES au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-02-2020) relatif à la tarification du neuromodulateur rechargeable des racines sacrées AXONICS SNM visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 11-02-2020 (JO du 14-02-2020) portant modification des conditions d'inscription du substitut osseux sur mesure PEEK de la société STRYKER France au titre III de la LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 11-02-2020 (JO du 14-02-2020) portant renouvellement d'inscription de ZILVER PTX de la société COOK France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 11-02-2020 (JO du 14-02-2020) portant inscription du concentrateur mobile d'oxygène FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE Inc. au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-02-2020) relatif à la tarification du concentrateur mobile d'oxygène FREESTYLE COMFORT visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 07-02-2020) relatif à la tarification des implants méniscaux visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 07-02-2020) relatif à la tarification des chambres à inhalation visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-02-2020) relatif à la tarification des stents retrievers SOLITAIRE II et SOLITAIRE PLATINUM visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-02-2020) relatif à la tarification du stent retriever TREVO XP PROVUE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-02-2020) relatif à la tarification du stent retriever EMBOTRAP II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-02-2020) relatif à la tarification des substituts osseux synthétiques résorbables EXABONE PASTE et EXABONE PUTTY visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) rectifiant l'arrêté du 22 mai 2019 relatif à l'inscription de l'instrument sur mesure (à usage unique) pour ostéotomie d'une exérèse tumorale maligne primitive de l'os 3D-CUT de la société 3D-SIDE S.A. inscrit au titre V de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) portant inscription du substitut osseux synthétique résorbable EXABONE PASTE et EXABONE PUTTY de la société GLOBAL S au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-02-2020) relatif à la tarification des substituts osseux synthétiques résorbables EXABONE PASTE et EXABONE PUTTY visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II PIED RUSH ROVER PROTEOR de la société PROTEOR au titre II de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-02-2020) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II PIED RUSH ROVER PROTEOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) portant inscription des pieds à restitution d'énergie de classe III VELOCITY et CELSUS de la société ORTHO EUROPE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-02-2020) relatif à la tarification des pieds à restitution d'énergie de classe III VELOCITY et CELSUS visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III TALEO de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-02-2020) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III TALEO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-01-2020 (JO du 04-02-2020) portant radiation des implants articulaires de hanche PINNACLE ULTAMET de la société DEPUY France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Janvier

Avis (JO du 28-01-2020) relatif à la tarification de l'implant sphinctérien AMS 800 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 28-01-2020) relatif à la tarification de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales NEOCATE visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 24-01-2020 (JO du 28-01-2020) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses périphériques à libération de principe actif (évérolimus) PROMUS PREMIER OVER THE WIRE BTK et PROMUS PREMIER MONORAIL BTK de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Avis (JO du 24-01-2020) relatif à la tarification des chaussures thérapeutiques à usage temporaire visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-01-2020 (JO du 28-01-2020) portant renouvellement des conditions d'inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales NEOCATE de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 16-01-2020 (JO du 21-01-2020) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 16-01-2020 (JO du 21-01-2020) relatif au changement de nom du système sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance ZOMAJET VISION X de la société FERRING SAS France inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-01-2020) relatif à la tarification du système sans aiguille pour transjection ZOMAJET10 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 16-01-2020 (JO du 21-01-2020) portant modification des conditions d'inscription du système de thrombo-aspiration AXS CATALYST de la société STRYKER France inscrit au titre V de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 15-01-2020) relatif à la tarification des pieds prothétiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 08-01-2020 (JO du 15-01-2020) fixant le tarif de responsabilité, le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC et le prix de cession en euros HT de certains pieds à restitution d'énergie de la société OTTO BOCK France inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 08-01-2020 (JO du 15-01-2020) portant changement de dénomination sociale pour prothèses endosquelettiques applicables au pied de la société ENDOLITE et radiation du pied à restitution d'énergie ECHELON inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-01-2020 (JO du 15-01-2020) portant changement de distributeur du pied à restitution d'énergie PACIFICA LP de la société FREEDOM INNOVATIONS inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 11-01-2020) relatif à la tarification du produit MENISCAL CINCH II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-01-2020 (JO du 10-01-2020) portant inscription du système de nébulisation pneumatique AEROLIGHT/EXTRANEB+ de la société DTF MEDICAL - La Diffusion Technique Française au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 10-01-2020) relatif à la tarification du système de nébulisation pneumatique AEROLIGHT / EXTRANEB+ visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 03-01-2020 (JO du 07-01-2020) portant radiation de produits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

2019

Décembre

Avis (JO du 24-12-2019) relatif à la tarification des prothèses de disque lombaire visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-12-2019 (JO du 24-12-2019) portant modification des conditions d'inscription des stimulateurs cardiaques implantables AZURE et PERCEPTA de la société MEDTRONIC France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-12-2019 (JO du 24-12-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 20-12-2019 (JO du 24-12-2019) portant inscription de la prothèse sphinctérienne périurétrale PROACT de la société UROMEDICA au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 24-12-2019) relatif à la tarification de la prothèse sphinctérienne périurétrale PROACT visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-12-2019 (JO du 24-12-2019) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des stents intracrâniens auto-expansibles LEO + sur mesure et LEO + de la société BALT Extrusion inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-12-2019 (JO du 21-12-2019) portant modification des conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées inscrit au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 19-12-2019 (JO du 22-12-2019) modifiant les arrêtés du 28 juin 2019 et du 9 octobre 2019 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles inscrits au chapitre 1er du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 18-12-2019 (JO du 21-12-2019) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des stents nus inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSSS

Arrêté du 18-12-2019 (JO du 20-12-2019) portant inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale et entérale INFASOURCE de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-12-2019) relatif à la tarification de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale et entérale INFASOURCE visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16 16-12-2019 (JO du 18-12-2019) portant inscription de l'implant méniscal JUGGERSTITCH de la société ZIMMER BIOMET au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-12-2019) relatif à l'implant méniscal JUGGERSTITCH visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16 16-12-2019 (JO du 18-12-2019) portant renouvellement d'inscription du dispositif PERISTEEN irrigation transanale des laboratoires COLOPLAST au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 16 16-12-2019 (JO du 18-12-2019) portant renouvellement d'inscription du tampon obturateur anal PERISTEEN OBTAL des laboratoires COLOPLAST au titre I de la LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 16-12-2019 (JO du 18-12-2019) portant modification des conditions d'inscription des stents retrievers, EMBOTRAP II, TREVO XP PROVUE, SOLITAIRE II, SOLITAIRE

PLATINUM des sociétés JOHNSON & JOHNSON, STRYKER et MEDTRONIC et du système de thrombo-aspiration PENUMBRA de la société PENUMBRA au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 16-12-2019 (JO du 18-12-2019) portant inscription des systèmes d'implants cochléaires Mi1250 SYNCHRONY 2 et Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN et des processeurs de son SONNET 2 Me1510, SONNET 2 EAS Me 1520 de la société MED-EL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 18-12-2019) relatif à la tarification des systèmes d'implants cochléaires Mi1250 SYNCHRONY 2 et Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN et aux processeurs de son SONNET 2 Me1510, SONNET 2 EAS Me 1520 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Avis (JO du 06-12-2019) relatif à la tarification du dispositif de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche LAMBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse nue auto-expansible WALLSTENT visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté 03-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé SUPERCRIT de la société BIOBANK au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé SUPERCRIT visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 03-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant renouvellement d'inscription du fauteuil roulant électrique monte-marches TOPCHAIR-S de la société TOPCHAIR SAS inscrit au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 03-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000 de la société ZOLL MEDICAL France inscrit au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse nue auto-expansible WALLSTENT de la société BOSTON SCIENTIFIC S.A.S. au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant modification des conditions d'inscription des implants d'embolisation artérielle FRED de la société MICROVENTION Europe inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du du 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie GLUCOFIX TECH 2K et des bandelettes associées GLUCOFIX TECH B-KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie GLUCOFIX TECH 2K et des bandelettes associées GLUCOFIX TECH B-KETONE SENSOR visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du du 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant inscription du processeur pour prothèse ostéo-intégrée PONTO 4 la de la société PRODITION France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification du processeur pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO 4 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant changement de distributeur des produits de la société ABBOTT France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté 02-12-2019 (JO du 05-12-2019) portant inscription de la pince myoélectrique pour prothèse externe du membre supérieur AXON-HOOK de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification de la pince myoélectrique pour prothèse externe du membre supérieur AXON-HOOK visée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité

sociale

Avis (JO du 05-12-2019) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques ACCOLADE IRM visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-12-2019) relatif à la tarification de l'implant de suture percutanée TENOLIG visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-12-2019) relatif à la tarification des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 02-12-2019 (JO du 04-12-2019) portant renouvellement d'inscription de l'implant de suture percutanée TENOLIG de la société FH ORTHOPEDICS S.A.S inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Novembre

Avis (JO du 29-11-2019) relatif à la tarification de la pompe implantable SYNCHROMED II visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 27-11-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire PRO-KINETIC ENERGY visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 18-11-2019 (JO du 26-11-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 06-11-2019) portant modification de l'avis relatif à la tarification du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-10-2019 (JO du 06-11-2019) modifiant l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

Arrêté du 29-10-2019 (JO du 05-11-2019) portant radiation de produit au titre II de laLPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-10-2019 (JO du 05-11-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 01-11-2019) portant modification de l'avis relatif à la tarification du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

Avis (JO du 25-10-2019) portant modification de l'avis relatif à la tarification du Grand Appareillage Orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 23-10-2019) relatif à la tarification des processeurs pour prothèses auditives ostéo-intégrées visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-10-2019 (JO du 11-10-2019) modifiant l'arrêté du 28 juin 2019 portant modification des conditions de prise en charge des dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles inscrits au chapitre 1er du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 11-10-2019) relatif à la tarification d'accessoires stériles nécessaires à la pose d'une sonde vésicale visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-10-2019 (JO du 11-10-2019) portant changement du codage du grand appareillage orthopédique (GAO) au titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 11-10-2019) relatif à la tarification du Grand Appareillage Orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 07-10-2019 (JO du 09-10-2019) portant inscription des implants cochléaires NUCLEUS CI612, NUCLEUS CI622, NUCLEUS CI632 de la société COCHLEAR France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 09-10-2019) relatif à la tarification des implants cochléaires NUCLEUS CI612, CI622, CI632 visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 07-10-2019 (JO du 09-10-2019) portant inscription du processeur de son CHORUS de la société ADVANCED BIONICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 09-10-2019) relatif à la tarification du processeur de son CHORUS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Septembre

Arrêté du 23-09-2019 (JO du 26-09-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité CAPTIV DM, EVIDENCE Ti/HAC, CAPITOLE (ciment), EVIDENCE (ciment), CAPITOLE I, CAPITOLE R, EVIDENCE Ti/HAC REVISION de la société EVOLUTIS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 26-09-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité CAPTIV DM, EVIDENCE Ti/HAC, CAPITOLE (ciment), EVIDENCE (ciment), CAPITOLE I, CAPITOLE R, EVIDENCE Ti/HAC REVISION visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription du kit de propulsion POUSSEUR2 PREMIUM de la société BENOIT SYSTEMES au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification du kit de propulsion POUSSEUR2 PREMIUM visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription du pied à restitution d'énergie pour enfant RUSH KID de la société PROTEOR au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie pour enfant RUSH KID visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses auto-expansibles RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société VASCUTEK France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019portant modification des conditions d'inscription des stents retrievers TREVO XP PROVUE, SOLITAIRE II, SOLITAIRE PLATINUM des sociétés STRYKER et MEDTRONIC au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription de l'implant cranio-faciale sur mesure PEEK de la société STRYKER France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification de l'implant cranio-faciale sur mesure PEEK visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription du stylo injecteur réutilisable NATPAR PEN de la société SHIRE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 duCSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification du stylo injecteur réutilisable NATPAR PEN visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription du ballon à élution de paclitaxel iVASCULAR LUMINOR 35 et iVASCULAR LUMINOR 18 de la société iVASCULAR France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification des ballons à élution de paclitaxel iVASCULAR LUMINOR 35 et iVASCULAR LUMINOR 18 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 19-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant inscription du moniteur cardiaque CONFIRM RX de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-09-2019) relatif à la tarification du moniteur cardiaque CONFIRM RX visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 18-09-2019 (JO du 25-09-2019) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la pompe implantable SYNCHROMED II de la société MEDTRONIC France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 20-09-2019 (JO du 24-09-2019) portant inscription du stent flow diverter PIPELINE FLEX avec SHIELD Technology de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPR

prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 24-09-2019) relatif à la tarification du stent flow diverter PIPELINE FLEX avec SHIELD technology visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 05-09-2019 (JO du 10-09-2019) portant modification des conditions d'inscription du ballon à élution de paclitaxel STELLAREX de la société SPECTRANETICS France inscrit au titre V de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du du 05-09-2019 (JO du 10-09-2019) portant inscription des systèmes de nébulisation NEB 200 et NEB 400 associés au kit de consommable NEB KIT de la société MICROLIFE FRANCE au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 10-09-2019) relatif à la tarification des systèmes de nébulisation NEB 400 et NEB 200 associés au kit de consommable NEB KIT visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Avis (JO du 06-09-2019) relatif à la tarification des solutions ophtalmiques visées à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 04-09-2019 (JO du 06-09-2019) portant inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales NUTRAMIGEN PURAMINO JUNIOR de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 06-09-2019) relatif à la tarification de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales NUTRAMIGEN PURAMINO JUNIOR visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Arrêté du 04-09-2019 (JO du 06-09-2019) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique THEALOSE flacon multidose 15 ml de la société THEA PHARMA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 06-09-2019) relatif à la tarification de la solution pour usage ophtalmique THEALOSE 15 ml visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-09-2019 (JO du 06-09-2019) rectifiant l'arrêté du 2 août 2019 portant modification des conditions d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTWARE de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Avis (JO du 06-09-2019) relatif à la tarification de dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Août

Avis (JO du 27-08-2019) relatif à la tarification des bioprothèses valvulaires aortiques ACURATE NEO, LOTUS et LOTUS EDGE visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-08-2019 (JO du 27-08-2019) portant modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires par voie transcutanée COREVALVE EVOLUT R et COREVALVE EVOLUT PRO de la société MEDTRONIC France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-08-2019) relatif à la tarification de la gamme de bioprothèses valvulaires par voie transcutanée COREVALVE visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 19-08-2019 (JO du 21-08-2019) 19 août 2019 portant inscription de l'implant d'embolisation artérielle à largage contrôlé dit flow diverter SURPASS EVOLVE et renouvellement d'inscription de SURPASS STREAMLINE de la société STRYKER France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 14-08-2019 (JO du 20-08-2019) portant inscription du concentrateur d'oxygène en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-08-2019) relatif à la tarification du concentrateur d'oxygène en poste fixe 1025 KS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 14-08-2019 (JO du 20-08-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité FIXA 3P DUPLEX de la société ADLER ORTHO France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-08-2019) relatif à la tarification du cotyle à insert à double mobilité FIXA 3 DUPLEX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-08-2019 (JO du 20-08-2019) portant inscription des stimulateurs cardiaques ACCOLADE IRM SR (simple chambre), ACCOLADE IRM DR (double chambre), VISIONIST (triple chambre) associés au système de télésurveillance LATITUDE NXT de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-08-2019) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques ACCOLADE IRM et VISIONIST visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 12-08-2019 (JO du 20-08-2019) portant inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire ONIRIS PRO de la société ONIRIS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-08-2019) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire ONIRIS PRO visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant inscription du système de reconstruction acétabulaire TMARS de la société ZIMMER BIOMET au titre III de la LPPR prévue à

l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-08-2019) relatif à la tarification du système de reconstruction acétabulaire TMARS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant inscription du moniteur cardiaque BIOMONITOR 2-AF de la société BIOTRONIK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-08-2019) relatif à la tarification du moniteur cardiaque BIOMONITOR 2-AF visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant inscription du scooter électrique modulaire INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 ROUES de classe B de la société INVACARE POIRIER au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-08-2019) relatif à la tarification du scooter électrique modulaire INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 ROUES de classe B visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT de la société CID VASCULAR inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant renouvellement d'inscription du substitut osseux sur mesure CUSTOMBONE de la société INTEGRA LIFESCIENCES inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-08-2019) relatif à la tarification du substitut osseux sur mesure CUSTOMBONE visé à l'article L. 165-1 du CSS
Avis(JO du 14-08-2019) relatif à la tarification du stent inactif AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT visé à l'article L. 165-1 duCSS

Arrêté du 02-08-2019 (JO du 14-08-2019) portant modification des conditions d'inscription de certains dispositifs pour prothèse respiratoire pour laryngectomisés de la société ATOS MEDICAL SAS inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 01-08-2019 (JO du 13-08-2019) portant inscription de l'implant cranio-faciale sur mesure OSSDSIGN CRANIAL PSI de la société OSSDSIGN AB au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 13-08-2019) relatif à la tarification de l'implant cranio-faciale sur mesure OSSDSIGN CRANIAL PSI visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 05-08-2019 (JO du 08-08-2019) portant renouvellement d'inscription et radiation de références pour la prothèse totale du disque lombaire LP ESP II de la société FH ORTHOPEDICS SAS France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-08-2019 (JO du 07-08-2019) portant modification des conditions d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTWARE de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

Arrêté du 23-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPP remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 23-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant modification de l'arrêté du 11-03-2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019)portant inscription de la denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales NEOCATE JUNIOR de la société NUTRICIA Nutrition clinique au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis relatif à la tarification du dispositif NEOCATE JUNIOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant inscription du système de thrombo-aspiration AXS CATALYST de la société STRYKER France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 25-07-2019) relatif à la tarification du système de thrombo-aspiration AXS CATALYST visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité GALILEA de la société SCIENCE ET MEDECINE France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 25-07-2019 relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité GALILEA visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant modification des conditions d'inscription des stents retrievers TREVO XP PROVUE de la société STRYKER France inscrits au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité CAPITOLE T et EVIDENCE de la société EVOLUTIS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 25-07-2019) relatif à la tarification des cotyles à double mobilité CAPITOLE T et EVIDENCE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses de l'aorte abdominale ZENITH FENESTRATED de la société COOK France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de ridaforolimus ELUNIR de la société CARDINAL HEALTH France inscrite au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées d'évérolimus XIENCE ALPINE, XIENCE XPEDITION et XIENCE SIERRA de la société ABBOTT France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 25-07-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité FIXA DUPLEX de la société ADLER ORTHO France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
Avis (JO du 25-07-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité FIXA DUPLEX visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 24-07-2019) relatif à la tarification des implants d'embolisation artérielle FRED et FRED Jr visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-07-2019 (JO du 24-07-2019) portant inscription des implants d'embolisation artérielle FRED et FRED Jr de la société MICROVENTION Europe au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2019 (JO du 17-07-2019) portant modification de l'arrêté du 17 octobre 2017 portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-07-2019 (JO du 17-07-2019) portant radiation de produits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 17-07-2019) portant renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires Mi1200 SYNCHRONY, Mi1200 SYNCHRONY PIN, des processeurs de son OPUS 2, RONDO, RONDO 2, SONNET, SONNET EAS et des implants du tronc cérébral Mi1200 SYNCHRONY ABI, Mi1200 SYNCHRONY PIN ABI de la société MED-EL inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 17-07-2019) relatif à la tarification des dispositifs PENUMBRA SYSTEM et PENUMBRA COIL 400 visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 17-07-2019) portant changement de distributeur pour les dispositifs PENUMBRA COIL 400 et PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA vers la société PENUMBRA FRANCE inscrits aux titres III et V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification des produits CONFORT MAPE, VISCO TOPI et VISCO MAXI visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification de l'émulsion pour usage ophtalmique CATIONORM visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires DIGISONIC SP, DIGISONIC SP EVO, NEURO ZTI CLA, NEURO ZTI EVO, des processeurs de son SAPHYR SP, SAPHYR CX, NEURO ONE, NEURO 2, de l'implant du tronc cérébral DIGISONIC SP ABI de la société NEURELEC et radiation des processeurs de son DIGI SP, DIGI SPK, DIGISONIC BTE, ZEBRA inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019)portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des endoprothèses coronaires (stent) enrobée de sirolimus ORSIRO de la société BIOTRONIK France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant changement de distributeur pour les produits CONFORT MAPE, VISCO TOPI et VISCO MAXI de la société RECTICEL vers la société HERDEGEN SAS inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant inscription de chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) pour adulte de la société FARGEOT & CIE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification des chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP) OCTAVIO_D, ORFEO_D, VANDA_D, VELINA_D, VENEZIA_D et VALENTINA_D visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant renouvellement d'inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM NEO de la société ABBOTT France inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant inscription de l'endoprothèse aortique thoracique VALIANT NAVION de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse VALIANT NAVION visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant renouvellement d'inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique CATIONORM unidoses et flacon multidoses de la société SANTEN inscrite au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 12-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant inscription de l'implant méniscal MENISCAL CINCH II de la société ARTHREX au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification du produit MENISCAL CINCH II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-07-2019 (JO du 16-07-2019) portant radiation de produits au titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 16-07-2019) relatif à la tarification de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM NEO visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 09-07-2019 (JO du 12-07-2019) portant inscription des stimulateurs cardiaques ASSURITY MRI (simple chambre), ASSURITY MRI (double chambre), QUADRA ALLURE MP (triple chambre) et ALLURE RF (triple chambre) associés au système de télésurveillance MERLIN.NET de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à

l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 12-07-2019) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques ASSURITY MRI (simple chambre), ASSURITY MRI (double chambre), QUADRA ALLURE MP (triple chambre) et ALLURE RF (triple chambre) associés au système de télésurveillance MERLIN.NET visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-07-2019 (JO du 12-07-2019) portant modification des conditions d'inscription par l'ajout d'une nouvelle taille du pansement hydrocellulaire MEPILEX BORDER PROTECT SACRUM de la société MÖLNLYCKE HEALTH CARE au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 12-07-2019) relatif à la tarification du pansement hydrocellulaire MEPILEX BORDER PROTECT SACRUM visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-07-2019 (JO du 12-07-2019) portant renouvellement d'inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie GLUCOFIX PREMIUM et des bandelettes associées GLUCOFIX B-KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 12-07-2019) relatif à la tarification des bandelettes GLUCOFIX B-KETONE SENSOR visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 08-07-2019 (JO du 11-07-2019) portant inscription du cotyle à insert à double mobilité XLMOB (à cimenter) de la société PROTHEOS INDUSTRIE au titre III de la LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 11-07-2019) relatif à la tarification du cotyle à insert à double mobilité XLMOB visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 28-06-2019 (JO du 03-07-2019) portant renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires composés de HIRES 90K ADVANTAGE, HIRES 90K ADVANTAGE HIFOCUS MS, NEPTUNE, AURIA HARMONY, radiation du processeur de son NAIDA CIQ70 de la société ADVANCED BIONICS et modification des conditions d'inscription des systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral inscrits au titre II et au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-06-2019 (JO du 02-07-2019) portant inscription du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien OPTOWIRE DEUX de la société FSCARE au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-07-2019) relatif à la tarification du guide de mesure du flux de réserve coronarien OPTOWIRE DEUX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-06-2019 (JO du 02-07-2019) portant renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires NUCLEUS, des processeurs de son CP 910, CP 920, KANSO (CP 950), NUCLEUS 7 (CP 1000) et radiation des implants cochléaires CI 551 et NUCLEUS FREEDOM HYBRID de la société COCHLEAR France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Juin

Arrêté du 29-06-2019 (JO du 29-06-2019) portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles inscrits au chapitre 1er du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS
Avis (JO du 29-06-2019) relatif à la tarification des dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 27-06-2019) relatif à la tarification du dispositif SPEEDICATH COMPACT visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 26-06-2019 (JO du 27-06-2019) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-06-2019) relatif à la tarification des dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 27-06-2019) relatif à la tarification de la location hebdomadaire d'un lit médical standard visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 21-06-2019) portant renouvellement d'inscription du système collecteur vidangeable COLLECTEUR EXPRESS des laboratoires COLOPLAST inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 21-06-2019) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER de la société WL GORE ET Associés inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 20-06-2019) portant inscription de l'endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface inerte recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de la société WL GORE & Associés au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-06-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse auto-expansible GORE VIABAHN PROPATEN visée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 20-06-2019) portant renouvellement et modification d'inscription du genou monoaxial HYBRID-1P360 de la société PROTEOR inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 20-06-2019) relatif à la tarification du genou monoaxial HYBRID-1P360 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant inscription du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche LAMBRE de la société LIFETECH SCIENTIFIC au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant inscription des pansements URGOSTART PLUS BORDER et URGOSTART PLUS COMPRESSE, renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des pansements URGOSTART INTERFACE, URGOSTART BORDER et URGOSTART des Laboratoires URGO au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-06-2019) relatif à la tarification des produits de la gamme URGOSTART et URGOSTART PLUS visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant modification des conditions d'inscription du concentrateur d'oxygène portable PLATINUM MOBILE de la société INVACARE POIRIER inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant inscription du rotateur fémoral 1K52 de la société PROTEOR et radiation de la référence antérieure au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant modification des conditions d'inscription des cupules POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 19-06-2019) portant inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL LINQ de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPPR et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-06-2019) relatif à la tarification du moniteur cardiaque implantable REVEAL LINQ visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 19-06-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité POLARCUP visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 19-06-2019) relatif à la tarification du rotateur fémoral 1K52 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 19-06-2019) relatif à la tarification du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche LAMBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 18-06-2019) portant inscription des cotyles à double mobilité EVORA GRIP et EVORA GRIP 3P de la société SCIENCE ET MEDECINE SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du du 17-06-2019 (JO du 18-06-2019) portant inscription des cupules NOVAE E TH et COPTOS TH pour cotyles à insert à double mobilité de la société SERF au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-06-2019 (JO du 18-06-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité DUALIS de la société Gruppo BIOIMPIANTI au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 18-06-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité DUALIS visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 18-06-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité NOVAE E TH et COPOS TH visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 18-06-2019) relatif à la tarification des cotyles double mobilité EVORA GRIP ET EVORA GRIP 3P visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 18-06-2019) relatif à la tarification des stents actifs coronaires visés à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 14-06-2019 (JO du 18-06-2019) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des stents actifs coronaires de la société TERUMO France inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 14-06-2019 (JO du 18-06-2019) du 14 juin 2019 fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des stents actifs coronaires de la société BIOTRONIK France inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant radiation de produits au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant renouvellement d'inscription des pansements à l'argent URGOTUL Ag, URGOTUL Ag Lite, URGOTUL Ag Lite Border, URGOCELL Ag, URGOCELL Ag border des Laboratoires URGO inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 29-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant modification des conditions d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées d'évérolimus XIENCE ALPINE, XIENCE XPEDITION et XIENCE SIERRA de la société ABBOTT France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus COROFLEX ISAR et COROFLEX ISAR NEO de la société B. BRAUN MEDICAL inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant changement de distributeur des pieds à restitution d'énergie de la société FREEDOM INNOVATIONS inscrits au titre II de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-06-2019) relatif à la tarification des pieds à restitution d'énergie PROMENADE, SENATOR, DYNADAPT, HIGHLANDER, SIERRA et SILHOUETTE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-05-2019 (JO du 04-06-2019) portant inscription des tiges fémorales anatomiques ACOR et OPTIMAL de la société AMPLITUDE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-06-2019) relatif à la tarification des tiges fémorales anatomiques ACOR et OPTIMAL visées à l'article L. 165-1 duCSS

Mai

Avis (JO du 30-05-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus RESOLUTE ONYX visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-05-2019 (JO du 30-05-2019) du 28 mai 2019 portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées de zotarolimus RESOLUTE ONYX et RESOLUTE INTEGRITY de la société MEDTRONIC France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 29-05-2019) relatif à la tarification de kits de compression veineuse visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 22-05-2019 (JO du 28-05-2019) portant modification des conditions d'inscription des inserts pour cotyles à double mobilité DURASUL et LONGEVITY de la société ZIMMER BIOMET au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-05-2019 (JO du 25-05-2019) portant inscription de l'instrument sur mesure (à usage unique) pour ostéotomie d'une exérèse tumorale maligne primitive de l'os 3D-CUT de la société 3D-SIDE S.A. au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 25-05-20194) relatif à la tarification de l'instrument sur mesure pour ostéostomie d'une exérèse tumorale maligne primitive de l'os 3D-CUT visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-05-2019 (JO du 24-05-2019) portant inscription de cotyle XLMOB sans ciment de la société PROTHEOS INDUSTRIE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 CSS
Avis (JO du 24-05-2019) relatif à la tarification de certains pansements visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 24-05-2019) relatif à la tarification de cotyles XLMOB (sans ciment) visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 20-05-2019 (JO du 24-05-2019) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus FIREHAWK de la société MICROPORT CRM France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 24-05-20194) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus FIREHAWK visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-05-2019 (JO du 21-05-2019) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe I 1H11Y PIED DYNAMIQUE EN CARBONE ET TALON EN POLYURETHANE de la société SM EUROPE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 21-05-2019) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe I 1H11Y PIED DYNAMIQUE EN CARBONE ET TALON EN POLYURETHANE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 17-05-2019 (JO du 21-05-2019) rectifiant l'arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Avis (JO du 16-05-2019) rectificatif relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 15-05-2019 du (JO du 16-05-2019) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des implants orthopédiques QUATTRO CIM, QUATTRO HAP, INTEGRA DE REPRISE inscrits sur la liste visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 15-05-2019) relatif à la tarification du système flash d'auto-surveillance du glucose FREESTYLE LIBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 15-05-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 15-05-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 15-05-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 14-05-2019) rectifiant l'avis relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 14-05-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS0

Arrêté du 09-05-2019 (JO du 14-05-2019) portant inscription du système d'ablation par radiofréquence de l'endobrachyœsophage BARRX de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 14-05-2019) relatif à la tarification du système d'ablation par radiofréquence de l'endobrachyœsophage BARRX visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 07-05-2019 (JO du 10-05-2019) portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 10-05-2019) relatif à la tarification des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 08-05-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 08-05-2019) relatif à la tarification de l'insert XLPE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 30-04-2019 (JO du 07-05-2019) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à simple et double mobilité inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 07-05-2019) relatif à la tarification des cotyles à simple mobilité visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avril

Arrêté24-04-2019 (JO du 30-04-2019) portant changement de nom de distributeur pour les dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres de la société ASKLE SANTÉ inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-04-2019) relatif à la tarification de dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres de la société WINNCARE France visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 24-04-2019 (JO du 30-04-2019) portant inscription du dispositif de propulsion électrique et d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel SMARTDRIVE MX2+ de la société PERMOBIL France au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 30-04-2019) relatif à la tarification du dispositif de propulsion électrique et d'assistance électrique SMARTDRIVE MX2+ visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 24-04-2019 (JO du 30-04-2019) portant modification des conditions d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire, inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté24-04-2019 (JO du 30-04-2019) modifiant l'arrêté du 19 avril 2019 portant modification des conditions de prise en charge des greffons osseux viro-inactivés des sociétés BIOBANK, Etablissement Français du Sang, OST DEVELOPPEMENT, TBF Génie Tissulaire, NOVOMEDICS France et inscription des greffons osseux viro-inactivés C+T BA ALLOTEC de la société NOVOMEDICS France au titre III de laLPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 19-04-2019 (JO du 24-04-2019) portant modification des conditions de prise en charge des greffons osseux viro-inactivés des sociétés BIOBANK, Etablissement français du sang, OST DEVELOPPEMENT, TBF Génie Tissulaire, NOVOMEDICS France et inscription des greffons osseux viro-inactivés C+T BA ALLOTEC de la société NOVOMEDICS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 24-04-2019) relatif à la tarification des greffons osseux viro-inactivés visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-04-2019 (JO du 19-04-2019) portant inscription de l'implant cochléaire HIRES ULTRA 3D avec électrodes HIFOCUS MIDSCALA et SLIM J de la société ADVANCED BIONICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification des implants cochléaires HIRES ULTRA 3D avec électrodes HIFOCUS MIDSCALA et SLIM J visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-04-2019 (JO du 19-04-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité STRATOS de la société SCIENCE ET MEDECINE SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité STRATOS visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-04-2019 (JO du 19-04-2019) portant inscription de l'endoprothèse coronaire à élution de sirolimus MISTENT SES de la société STENTYS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire à élution de sirolimus MISTENT SES visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 16-04-2019 (JO du 19-04-2019) portant inscription des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PRO et RELAY NBS PRO de la société VASCUTEK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PRO et RELAY NBS PRO visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2019 (JO du 19-04-2019) portant renouvellement d'inscription des implants osseux COLLAPAT II de la société SYMATESE inscrits au titre III de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 19-04-2019) relatif à la tarification de l'implant osseux COLLAPAT II visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2019 (JO du 17-04-2019) portant renouvellement des conditions d'inscription du pied à restitution d'énergie TRITON LP de la société OTTO BOCK inscrit au titre II de

la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2019 (JO du 17-04-2019) portant inscription du genou monoaxial RHEO KNEE (3e génération) de la société ÖSSUR au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-04-2019) relatif à la tarification du genou monoaxial RHEO KNEE visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-04-2019 (JO du 17-04-2019) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du pied à restitution d'énergie C-WALK 1C40 de la société OTTO BOCK inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 17-04-2019) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie C-WALK 1C40 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 11-04-2019 (JO du 16-04-2019) portant inscription du stent de micro-pontage trabéculaire iSTENT INJECT de la société GLAUKOS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 16-04-2019) relatif à la tarification du stent de micro-pontage trabéculaire iSTENT INJECT visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-04-2019 (JO du 05-04-2019) portant inscription du concentrateur mobile d'oxygène ZEN-O LITE RS-00608-G de la société GAS CONTROL EQUIPMENT (GCE) au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 05-04-2019) relatif à la tarification du concentrateur mobile d'oxygène ZEN-O LITE RS-00608-G visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 02-04-2019 (JO du 04-04-2019) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de ridaforolimus ELUNIR de la société CARDINAL HEALTH France au titre III de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-04-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire enrobée de ridaforolimus ELUNIR visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 02-04-2019 (JO du 04-04-2019) portant inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire provisoire BLUEPRO de la société BLUESOM au titre II de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-04-2019) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire provisoire BLUEPRO visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 04-04-2019) portant inscription de cotyles à insert à double mobilité MPACT DM, VERSACEM, VERSAFITCUP DM de la société MEDACTA France au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 04-04-2019) relatif à la tarification de l'ensemble des cotyles double mobilité VERSACEM, MPACT DM, VERSAFITCUP DM visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 04-04-2019) relatif à la tarification des implants orthopédiques pour prothèse de hanche TRIDENT X3 visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus YUKON CHROME PC et YUKON CHOICE PC de la société TRANSLUMINA GmbH au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires enrobées de sirolimus YUKON CHROME PC et YUKON CHOICE PC visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité COTYLE DOUBLE MOBILITÉ CIMENTÉ et COTYLE DOUBLE MOBILITÉ HAC (sans ciment) de la société CERAVER - les laboratoires Ostéal Médical au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité COTYLE DOUBLE MOBILITÉ CIMENTÉ et COTYLE DOUBLE MOBILITÉ HAC (sans

ciment) visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant inscription du système d'embolisation d'anévrismes intracrâniens WEB de la société MICROVENTION EUROPE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification du système d'embolisation d'anévrismes intracrâniens WEB visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 27-03-2019 (JO du 02-04-2019) portant inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) couvert de polyuréthane PK PAPYRUS de la société Biotronik France au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire PK PAPYRUS visée à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification des kits compressifs multicouches 3M COBAN 2 et PROFORE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 02-04-2019) relatif à la tarification des kits compressifs multicouches URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Mars

Arrêté du25-03-2019 (JO du 29-03-2019) portant renouvellement d'inscription de l'implant méniscal ULTRA-FAST FIX de la société SMITH & NEPHEW au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 28-03-2019) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à insert à double mobilité SATURNE de la société AMPLITUDE SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 28-03-2019) relatif à la tarification des cotyles à double mobilité SATURNE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 28-03-2019) portant changement de dénomination de la société HERDEGEN SNC en société HERDEGEN SAS pour les coussins et matelas d'aide à la prévention des escarres inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 28-03-2019) portant modification des conditions d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 de la société INOGEN, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire, inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du code CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 28-03-2019) portant modification des conditions d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 de la société INOGEN, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire, inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 27-03-2019) portant changement de distributeur pour les systèmes de télésurveillance pour DCI simple, double et triple chambre SMARTVIEW et du stimulateur cardiaque triple chambre REPLY CRT-P de la société LIVANOVA France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-03-2019**)** relatif à la tarification des systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable SMARTVIEW visés à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-03-2019**)** relatif à la tarification du stimulateur cardiaque triple chambre REPLY CRT-P visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 27-03-2019) portant changement de distributeur pour les dispositifs NEB 99, PULMOSONIC 5500 F et IFILL de la société DEVILBISS HEALTHCARE France vers la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 27-03-2019**)** relatif à la tarification des produits d'oxygénothérapie IFILL visés à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 27-03-2019**)** portant modification des conditions d'inscription du stent intracrânien auto-expansible LVIS de la société MICROVENTION inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 25-03-2019 (JO du 27-03-2019**)** portant modification des conditions d'inscription de la prothèse mammaire externe AMOENA de la société AMOENA France inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 27-03-2019**)** relatif à la tarification des prothèses mammaires externes AMOENA visées à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté 25-03-2019 (JO du 27-03-2019**)** portant renouvellement d'inscription des électrodes pour mesure de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM beta-CETONE de la société ABBOTT France au titre I de LPPR du CSS
Avis (JO du 27-03-2019**)** relatif à la tarification de l'électrode pour mesure de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM beta-CETONE visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 20-03-2019 (JO du 26-03-2019**)** modifiant l'arrêté du 18 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires au chapitre 2 du titre I de la LPPR du CSS

Avis (JO du 20-03-2019) relatif à la fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des prothèses capillaires visées au chapitre 2 du titre I de la LPPR du CSS

Décision du 06-03- 2019 (JO du 20-03-2019**)** fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des prothèses capillaires et des accessoires inscrits sur la LPPR du CSS

Arrêté 18-03-2019 (JO du 20-03-2019**)** portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires au chapitre 2 du titre I de la LPPR du CSS
Avis (JO du 20-03-2019**)** relatif à la fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des prothèses capillaires visées au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 01-03-2019 (JO du 16-03-2019**)** portant modification des conditions d'inscription des microsphères d'Yttrium-90 SIR-SPHERES de la société SIRTEX MEDICAL EUROPE GmbH inscrit au titre III de la LPPR du CSS (rectificatif)

Arrêté du 11-03-2019 (JO du 14-03-2019**)** portant inscription du scooter électrique modulaire ERIS du laboratoire VERMEIREN au titre IV de la LPPR du CSS
Avis (JO du 14-03-2019**)** relatif à la tarification du scooter électrique modulaire ERIS visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 11-03-2019 (JO du 12-03-2019**)** portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
Avis (JO du 12-03-2019**)** relatif à la tarification des tire-laits visés à l'article L. 165-1 du CSS

Décision du 06-03-2019 (JO du 12-03-2019**)** fixant le tarif de responsabilité, le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC et le prix de cession des tire-laits inscrits sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 21-02-2019 (JO du 09-03-2019**)** portant inscription du stimulateur cardiaque implantable simple chambre implanté par voie transcatheter MICRA de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS (rectificatif)

-Arrêté du 01-03-2019 (JO du 07-03-2019**)** portant changement de distributeur pour les solutions stériles pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire THEALOSE et THEALOSE UD des Laboratoires THEA France inscrites au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 07-03-2019**)** relatif à la tarification des solutions à usage ophtalmique THEALOSE et THEALOSE UD visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 01-03-2019 (JO du 07-03-2019**)** portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse périphérique à libération de principe actif (paclitaxel) ELUVIA de la société Boston Scientific au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 07-03-2019**)** relatif à la tarification de l'endoprothèse périphérique ELUVIA visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 01-03-2019 (JO du 07-03-2019**)** portant modification des conditions d'inscription des microsphères d'Yttrium-90 SIR-SPHERES de la société SIRTEX MEDICAL EUROPE GmbH inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 07-03-2019) relatif à la tarification des micropshères d'Yttrium-90 SIR-SPHERES visées à l'article L. 165-1 du CSS

Février

-Arrêté du 21-02-2019 (JO du 28-02-2019**)** portant inscription du stimulateur cardiaque implantable simple chambre implanté par voie transcatheter MICRA de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 28-02-2019) relatif à la tarification du stimulateur cardiaque implantable simple chambre implanté par voie transcatheter MICRA visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 22-02-2019**)** relatif à la tarification des aiguilles pour autotraitement visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 22-02-2019**)** relatif à la tarification de certains dispositifs médicaux pour autosurveillance de la glycémie visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 18 -02-2019 (JO du 22-02-2019**)** portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du cotyle monobloc DURASUL et de l'insert DURASUL de la société ZIMMER France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 18 -02-2019 (JO du 20-02-2019**)** portant modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par procédé PHOENIX de la société TBF Génie Tissulaire inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 18 -02-2019 (JO du 20-02-2019**)** portant modification de l'arrêté du 16-01-2019 relatif à l'inscription des guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien COMET de la société BOSTON SCIENTIFIC, VERRATA et VERRATA PLUS de la société PHILIPPS-VOLCANO, PRESSUREWIRE de la société ABBOTT MEDICAL France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 14 -02-2019 (JO du 19-02-2019**)** portant inscription du préservatif masculin lubrifié SORTEZ COUVERTS ! du laboratoire POLIDIS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 19-02-2019) relatif à la tarification du préservatif masculin lubrifié SORTEZ COUVERTS ! visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 14 -02-2019 (JO du 19-02-2019) portant inscription de l'implant cranio-faciale sur mesure GLACE de la société DISPOMED au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 19-02-2019) relatif à la tarification de l'implant cranio-faciale sur mesure GLACE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 08 -02-2019 (JO du 14-02-2019) portant modification des conditions d'inscription du cathéter pour pompe implantable programmable SYNCHROMED II de la société MEDTRONIC France SAS inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 14-02-2019) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique VALIANT avec système de pose CAPTIVIA visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 08-02-2019 (JO du 12-02-2019) portant inscription du dispositif de revascularisation de type stent retriever EMBOTRAP II de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis (JO du 12-02-2019) relatif à la tarification du stent retriever EMBOTRAP II visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 06-02-2019) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des implants d'embolisation artérielle visés à l'article L. 165-1 du CSS

Janvier

-Arrêté du **29-01-2019** (JO du **31-01-2019**) portant changement de distributeur et renouvellement d'inscription de la prothèse totale de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ de la société ZIMMER BIOMET inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-01-2019**) relatif à la tarification de la prothèse maxillo-faciale TMJ visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **28-01-2019** (JO du **31-01-2019**) portant inscription de la cupule pour cotyle à double mobilité non cimentée TREGOR PLUS de la société ASTON MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-01-2019**) relatif à la tarification de la cupule pour cotyle à double mobilité non cimentée TREGOR PLUS visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **28-01-2019** (JO du **31-01-2019**) portant inscription de la cupule TREGOR MEDIAL CUP pour cotyle à double mobilité de la société ASTON MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-01-2019**) relatif à la tarification de la cupule TREGOR MEDIAL CUP visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **23-01-2019** (JO du **29-01-2019**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des endoprothèses aortiques abdominales POWERLINK de la société ENDOLOGIX International BV inscrites sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **24-01-2019** (JO du **29-01-2019**) portant radiation de produits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **24-01-2019** (JO du **29-01-2019**) portant changement de dénomination commerciale et renouvellement d'inscription du matelas à air motorisé SENTRY 1200 V2 de la société MEDIDEV SENTECH France inscrit au titre I sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **24-01-2019** (JO du **29-01-2019**) portant inscription du système rechargeable pour stimulation médullaire SPECTRA WAVEWRITER de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **29-01-2019**) relatif à la tarification du neurostimulateur médullaire SPECTRA WAVEWRITER visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **24-01-2019** (JO du **29-01-2019**) portant modification des conditions d'inscription des cotyles à insert à double mobilité AVANTAGE 3P de la société ZIMMER BIOMET inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **29-01-2019**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité AVANTAGE 3P visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-01-2019** (JO du **25-01-2019**) portant inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique HYLOVIS LIPO de la société TRB CHEMEDICA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-01-2019**) relatif à la tarification de l'émulsion pour usage ophtalmique HYLOVIS LIPO visée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

-Arrêté du **23-01-2019** (JO du **25-01-2019**) portant inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique HYLOVIS LIPO MULTI de la société TRB CHEMEDICA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-01-2019**) relatif à la tarification de l'émulsion pour usage ophtalmique HYLOVIS LIPO MULTI visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-01-2019** (JO du **25-01-2019**) portant inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique NEOVIS TOTAL de la société HORUS PHARMA au titre I de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-01-2019**) relatif à la tarification de l'émulsion pour usage ophtalmique NEOVIS TOTAL visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-01-2019** (JO du **25-01-2019**) portant inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique NEOVIS TOTAL MULTI de la société HORUS PHARMA au titre I de la LPPR

prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-01-2019**) relatif à la tarification de l'émulsion pour usage ophtalmique NEOVIS TOTAL MULTI visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **24-01-2019** (JO **du 29-01-2019)** portant renouvellement d'inscription, modification des conditions d'inscription et codification du système à dépressurisation contrôlé SYSTEME HARMONY de la société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019 (**JO du **23-01-2019)** portant inscription de l'endoprothèse coronaire à élution de sirolimus ULTIMASTER TANSEI des Laboratoires TERUMO France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis **(**JO du **23-01-2019)** relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire ULTIMASTER TANSEI visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **23-01-2019)** portant inscription des endoprothèses PROMUS ELITE et modification des conditions d'inscription des endoprothèses PROMUS PREMIER et SYNERGY de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **23-01-2019**) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires PROMUS ELITE et SYNERGY visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **22-01-2019)** portant inscription des guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien COMET de la société BOSTON SCIENTIFIC, VERRATA et VERRATA PLUS de la société PHILIPPS-VOLCANO, PRESSUREWIRE de la société ABBOTT MEDICAL France au titre V de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **22-01-2019)** relatif à la tarification du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien PRESSUREWIRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **22-01-2019)** relatif à la tarification des guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien VERRATA et VERRATA PLUS visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **22-01-2019)** relatif à la tarification du guide de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien COMET visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **22-01-2019)** portant inscription du kit de compression veineuse BIFLEX de la société THUASNE au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **22-01-2019)** relatif à la tarification du système de compression veineuse multitype KIT BIFLEX visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **22-01-2019**) portant renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé PODIABETES CORTINA et PODIABETES COURMAYEUR de la société NEUT inscrites au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **22-01-2019)** relatif à la tarification des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **22-01-2019**) portant renouvellement d'inscription du spiromètre électronique portable SPIROTEL V2 de la société LAMIRAU inscrit au titre Ier de la des LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **18-01-2019**) portant modifications des conditions d'inscription du matelas en mousse viscoélastique ALOVA de la société ASKLÉ SANTÉ inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-01-2019** (JO du **18-01-2019**) portant modification de références du DACM HEARTWARE de la société MEDTRONIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **18-01-2019**) relatif à la tarification des endoprothèses aortiques abdominales visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **18-01-2019**) relatif à la tarification des endoprothèses aortiques thoraciques visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **09-01- 2019** (JO du **16-01-2019**) portant inscription de la solution saline isotonique NaCl 0,9 % (3 ml) stérile TADIMDILUANT du laboratoire Zambon France au titre I de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis **(**JO du **16-01-2019)** relatif à la tarification de la solution saline isotonique TADIMDILUANT 3mL visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **15-01-2019**) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs cardiaques visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **15-01-2019**) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs cardiaques visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **15-01-2019**) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs cardiaques et des sondes visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **09-01- 2019** (JO du **15-01-2019**) fixant le tarif de responsabilité, le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC et le prix de cession du système à dépressurisation contrôlé HARMONY de la société OTTO BOCK France inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **08-01- 2019** (JO du **11-01-2019**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 duCSS

-Arrêté du **08-01- 2019** (JO du **11-01-2019**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **08-01- 2019** (JO du **11-01-2019**) portant inscription des tiges à col modulaire PROFEMUR L, PROFEMUR GLADIATOR et PROFEMUR GLADIATOR HA de la société MICROPORT SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **11-01-2019**) relatif à la tarification des tiges à col modulaire PROFEMUR visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **04-01- 2019** (JO du **08-01-2019**) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du pied prothétique GERY de la société PROTEOR inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

-Avis (JO du **08-01-2019**) relatif à la tarification du pied prothétique GERY visé à l'article L. 165-1 du CSS

2018

Décembre

-Arrêté du **20-12-2018** (JO du **26-12-2018**) portant renouvellement d'inscription du conduit pulmonaire valvé d'origine bovine CONTEGRA-BOVIN de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **21-12-2018**) modifiant l'avis relatif à la tarification de l'orthèse sur mesure utilisant les articulations ODRA visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-12-2018** (JO du **21-12-2018**) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique transcutanée avec système de pose transfémoral ACURATE NEO de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **21-12-2018**) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire aortique transcutanée avec système de pose transfémoral ACURATE NEO visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **19-12-2018** (JO **du 21-12-2018**) portant inscription des microsphères d'Yttrium-90 THERASPHERE du groupe BTG International au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du **21-12-2018**) relatif à la tarification des microsphères d'Yttrium-90 THERASPHERE visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-12-2018** (JO **du 21-12-2018)** portant inscription de cotyles à double mobilité (cimentés et non cimentés) SYMBOL CUP, GYRACUP E, DS EVOLUTION des sociétés DEDIENNE SANTE, B BRAUN MEDICAL, MATHYS ORTHOPEDIE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO **du 21-12-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité SYMBOL CUP, GYRACUP E et DS EVOLUTION visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-12-2018** (JO du **21-12-2018)** portant inscription du système de stimulation médullaire implantable rechargeable INTELLIS de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **21-12-2018**) relatif à la tarification du système de stimulation médullaire implantable rechargeable INTELLIS visé à l'article L. 165-1 du CSS.

-Arrêté du **17-12-2018** (JO du **19-12-2018**) portant changement de distributeur pour les pieds à restitution d'énergie RUSH HIPRO et RUSH LOPRO de la société ORTHO EUROPE SARL inscrits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **17-12-2018** (JO du **19-12-2018**) portant renouvellement d'inscription des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE de la société BIOSPHERE MEDICAL inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **17-12-2018** (JO du **19-12-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'électrode décahexapolaire ARTISAN pour systèmes implantables de stimulation médullaire PRECISION SPECTRA, PRECISION NOVI et PRECISION MONTAGE MRI de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **17-12-2018** (JO du **19-12-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'orthèse ODRA de la société PROTEOR inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **19-12-2018**) relatif à la tarification de l'orthèse sur mesure utilisant les articulations ODRA visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **17-12-2018** (JO du **19-12-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'implant d'apposition biliopancréatique luminal HOT AXIOS de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Novembre

-Avis (JO du **14-11-2018**) relatif à la tarification des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) THORATEC PVAD, HEARTMATE II V2 et HEARTMATE III visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-11-2018**) relatif à la tarification des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **20-11-2018**) relatif à la tarification des solutions ophtalmiques SYSTANE ULTRA, SYSTANE ULTRA UD et SYSTANE BALANCE visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **30-11-2018**) relatif à la tarification du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTWARE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **21-11-2018** (JO du **28-11-2018**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC du système d'autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **14-11-2018** (JO du **16-11-2018**) portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **28-11-2018**) relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-11-2018** (JO du **28-11-2018**) portant radiation de produits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 CSS

-Arrêté du **22-11-2018** (JO du **28-11-2018**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-11-2018** (JO du **27-11-2018**) portant radiation de l'obturateur GELATINE-BOVIN de la société CERAVER OSTEAL inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-11-2018** (JO du **27-11-2018**) portant radiation de l'obturateur MONOSTOP-PORCIN de la société MEDICAL CALCIUM PHOSPHATES inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **21-11-2018** (JO du **27-11-2018**) portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **27-11-2018**) relatif à la tarification du préservatif masculin lubrifié EDEN visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-11-2018** (JO du **23-11-2018**) portant inscription des systèmes de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP NTR et MITRACLIP XTR de la société ABBOTT France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **23-11-2018**) relatif à la tarification des systèmes de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP NTR et MITRACLIP XTR visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **19-11-2018** (JO du **22-11-2018**) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des systèmes de neurostimulation médullaire implantables de la société MEDTRONIC France SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **19-11-2018** (JO du **22-11-2018**) portant modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques CONFORMABLE TAG de la société WL GORE & Associés inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **15-11-2018** (JO du **20-11-2018**) portant changement de distributeur des produits SYSTANE ULTRA, SYSTANE ULTRA UD et SYSTANE BALANCE de la société

NOVARTIS PHARMA inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **20-11-2018**) relatif à la tarification des solutions ophtalmiques SYSTANE ULTRA, SYSTANE ULTRA UD et SYSTANE BALANCE visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **15-11-2018** (JO du **20-11-2018**) portant modification des conditions d'inscription du système de stimulation cérébrale profonde INFINITY de la société ABBOTT MEDICAL France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **16-11-2018**) relatif à la tarification de l'implant urétéral MACROPLASTQUE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-11-2018** (JO du **16-11-2018**) portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-11-2018)** relatif à la tarification des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) THORATEC PVAD, HEARTMATE II V2 et HEARTMATE III visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-11-2018**) relatif à la tarification des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 visés à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

-Avis (JO du 17-**10-2018**) relatif à la tarification des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 3**1-10-2018**) relatif à la tarification du système flash d'auto-surveillance du glucose FREESTYLE LIBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-11-2018**) modifiant l'avis relatif à la tarification des tiges à col modulaire APTA, HYDRA, RECTA et ACUTA visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **31-10-2018** (JO du **06-11-2018**) rectifiant l'arrêté du 16 octobre 2018 relatif à l'inscription des tiges à col modulaire APTA, HYDRA, RECTA, ACUTA de la société ADLER ORTHO au chapitre 1er du titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **30-10-2018** (JO du **06-11-2018**) portant renouvellement d'inscription des bioprothèses valvulaires CAVGJ 514 00 et VAVGJ 515 de la société ABBOTT MEDICAL France inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **30-10-2018** (JO du **06-11-2018**) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III SOLEUS de la société ORTHO EUROPE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-11-2018**) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie SOLEUS visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-10-2018**) relatif à la tarification du système flash d'auto-surveillance du glucose FREESTYLE LIBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **17-10-2018** (JO du **24-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription des sondes INFINION des systèmes implantables de neurostimulation médullaire PRECISION MONTAGE MRI, NOVI, et SPECTRA de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **24-10-2018**) portant renouvellement d'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA et radiation du processeur BAHA Cordelle II de la société COCHLEAR France inscrits aux titres II et III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **24-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription du dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuils roulants manuels ALBER E-MOTION de la société INVACARE POIRIER SAS inscrit au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **24-10-2018**) portant inscription des tiges fémorales à col modulaire LOUXOR et XO de la société SCIENCE ET MEDECINE S.A.S au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **24-10-2018**) relatif à la tarification des tiges fémorales LOUXOR et XO visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **24-10-2018**) portant inscription des tiges à col modulaire APTA, HYDRA, RECTA, ACUTA de la société ADLER ORTHO France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **24-10-2018**) relatif à la tarification des tiges à col modulaire APTA, HYDRA, RECTA et ACUTA visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **23-10-2018**) portant changement de dénomination de certains pansements hydrocellulaires anatomiques MEPILEX BORDER de la société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **23-10-2018**) relatif à la tarification des pansements MEPILEX BORDER PROTECT visés à l'article L. 165-1 du CSS.

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **23-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL de la société PHILIPS France et de ses forfaits associés inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **16-10-2018** (JO du **19-10-2018**) portant renouvellement d'inscription de la pompe à insuline implantable MINIMED 2007D de la société MEDTRONIC France SAS inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **10-10-2018** (JO du **17-10-2018**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC du dispositif médical AIR PLUG-PORCIN inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS.

-Avis (JO du **17-10-2018**) relatif à la tarification des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du **16-10-2018**) relatif à la tarification des endoprothèses pour embolisation SURPASS et SURPASS STREAMLINE visées à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du **16-10-2018**) relatif à la tarification des implants d'embolisation ONYX, PIPELINE et PIPELINE FLEX visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **10-10-2018** (JO du **12-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires par voie transcutanée COREVALVE EVOLUT R et COREVALVE EVOLUT PRO avec cathéter de pose ENVEO R de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **10-10-2018** (JO du **12-10-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'implant urétéral de polydiméthylsiloxane MACROPLASTIQUE des Laboratoires COLOPLAST inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **09-10-2018** (JO du **12-10-2018**) modifiant l'arrêté du 1er octobre 2018 portant modification des conditions d'inscription des stents retrievers SOLITAIRE II et SOLITAIRE PLATINUM de la société MEDTRONIC France inscrits au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **12-10-2018**) relatif au renouvellement d'inscription des pansements en fibres de polyacrylate URGOCLEAN visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-10-2018** (JO du **09-10-2018**) rectifiant les conditions d'inscription des solutions stériles pour usage ophtalmique inscrites au chapitre 1er du titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-10-2018** (JO du **09-10-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur BIOSEM II-BOVIN de la société SCIENCE ET MÉDECINE inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **09-10-2018**) relatif à la tarification des bioprothèses valvulaires CAVGJ-514-00-BOVIN et VAVGJ-515-BOVIN visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-10-2018** (JO du **09-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription des stents retrievers SOLITAIRE II et SOLITAIRE PLATINUM de la société MEDTRONIC France inscrits au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-10-2018** (JO du **09-10-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'implant d'embolisation liquide ONYX LES de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **09-10-2018**) Avis relatif à la tarification de ONYX LES 34L à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-10-2018** (JO du **09-10-2018**) portant inscription des tiges fémorales à col modulaire H-MAX M de la société LIMA France au titre III de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **09-10-2018**) Avis relatif à la tarification des tiges à col modulaire H-MAX M visées à l'article L. 165-1 du code de la CSS

Septembre

-Arrêté du **19-09-2018** (JO du **25-09-2018**) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription, changement de dénomination et de distributeur de la bioprothèse valvulaire ATS-BOVIN de la société ATS MEDICAL inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-09-2018**) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire OPEN PIVOT visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **19-09-2018** (JO du **25-09-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme HIP'N GO de la société FH ORTHOPEDICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **25-09-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme HIP'N GO visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **18-09-2018**) relatif à la tarification des neurostimulateurs médullaires visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **11-09-2018**) relatif à la tarification des chaussures thérapeutiques à usage temporaire visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **05-09-2018** (JO du **11-09-2018**) portant inscription de l'implant d'apposition biliopancréatique luminal HOT AXIOS de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis **(JO du 11-09-2018) relatif à la tarification de l'implant d'apposition biliopancréatique luminal HOT AXIOS visé à l'article L. 165-1 du CSS**

Août

-Avis **(JO du 30-08-2018)** relatif à la baisse de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-08-2018** (JO du **29-08-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité ATHELIA et ATHELIA II de la société EUROS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **29-08-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité ATHELIA et ATHELIA II visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-08-2018** (JO du **29-08-2018**) portant inscription de la tige fémorale à col modulaire ATLANTIS MODULAR de la société SYMBIOS ORTHOPEDIE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **29-08-2018**) relatif à la tarification de la tige fémorale à col modulaire ATLANTIS MODULAR visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-08-2018** (JO du **29-08-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité SERENITY de la société SYMBIOS ORTHOPEDIE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du **29-08-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité SERENITY visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-08-2018** (JO du **29-08-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM de la société RESMED inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-08-2018** (JO du **28-08-2018**) portant radiation de produits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-08-2018** (JO du **28-08-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire PRO-KINETIC ENERGY de la société BIOTRONIK France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-08-2018** (JO du **28-08-2018**) portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique de bifurcation iliaque ZENITH BRANCH de la société COOK France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-08-2018** (JO du **28-08-2018**) portant changement de distributeur des prothèses totales du disque lombaire PRODISC O et PRODISC L de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **28-08-2018**) relatif à la tarification des prothèses totales du disque lombaire PRODISC O et PRODISC L visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-08-2018** (JO du **24-08-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX de la société SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **24-08-2018**) relatif à la tarification de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-08-2018** (JO du **24-08-2018**) portant inscription de l'implant de l'articulation sacro-iliaque IFUSE IMPLANT SYSTEM de la société SI-BONE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **24-08-2018**) relatif à la tarification de l'implant du rachis IFUSE IMPLANT SYSTEM visé à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **25-04-2018**) portant radiation de produits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **25-07-2018** (JO **du 01-08-2018**) portant inscription du scooter électrique modulaire INVACARE COLIBRI OUTDOOR 3 roues de classe A+ de la société INVACARE POIRIER au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO **du 01-08-2018**) relatif à la tarification du scooter électrique modulaire INVACARE COLIBRI OUTDOOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **25-07-2018** (JO **du 01-08-2018**) portant inscription du substitut osseux synthétique GLASSBONE de la société NORAKER au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO **du 01-08-2018**) relatif à la tarification du substitut osseux synthétique GLASSBONE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **25-07-2018** (JO **du 01-08-2018**) portant inscription des stimulateurs cardiaques implantables simple, double chambre AZURE XT et des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre PERCEPTA de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO **du 01-08-2018**) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques implantables simple et double chambre AZURE XT et des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre PERCEPTA visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**4-07-2018** (JO **du 01-08-2018**) portant modification des modalités de prise en charge des chaussures thérapeutiques à usage temporaire et prolongé au chapitre 1er du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 de la LPP du CSS

-Arrêté du 2**4-07-2018** (JO **du 01-08-2018**) portant inscription du pied à restitution d'énergie TRES de classe II de la société ORTHO EUROPE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO **du 01-08-2018**) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie TRES visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**0-07-2018** (JO **du 25-07-2018**)p ortant modification des conditions d'inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride E-VITA OPEN PLUS de la société CRYOLIFE France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**0-07-2018** (JO du **25-07-2018**) portant renouvellement d'inscription du stimulateur de nerf vague gauche DEMIPULSE et des électrodes PERENNIA de la société LIVANOVA SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 2**0-07-2018** (JO du **25-07-2018**) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'implant osseux synthétique NANOSTIM de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **25-07-2018**) relatif à la tarification de l'implant osseux synthétique NANOSTIM visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**0-07-2018** (JO du **25-07-2018**) portant modification des conditions d'inscription du ballon à élution de principe actif RANGER de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**0-07-2018** (JO du 25**-07-2018**) portant changement de distributeur et renouvellement d'inscription du pansement au charbon actif Actisorb de la société Systagenix inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 2**0-07-2018** (JO du 25**-07-2018**) portant renouvellement d'inscription et suppression d'une référence de l'implant méniscal SEQUENT de la société CONMED France inscrit du titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 1**0-07-2018** (JO du **14-07-2018**) portant inscription du scooter électrique modulaire COMET ULTRA de catégorie C de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **14-07-2018**) relatif à la tarification du scooter électrique modulaire COMET ULTRA visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **09-07-2018** (JO du **11-07-2018**) portant changement de distributeur de certains produits de la société LIVANOVA France SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **09-07-2018** (JO du **11-07-2018**) portant prolongation de prise en charge du moniteur cardiaque implantable REVEAL XT de la société MEDTRONIC France SAS inscrit sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS -

Arrêté du **09-07-2018** (JO du **11-07-2018**) portant renouvellement d'inscription du système compressif multicouche PROFORE de la société SMITH & NEPHEW SAS au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **09-07-2018** (JO du **11-07-2018**) portant inscription de l'aliment diététique à des fins médicales spéciales PAIN G-NUTRITION du Groupe DIJON CEREALES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **11-07-2018**) relatif à la tarification de l'aliment diététique à des fins médicales spéciales PAIN G-NUTRITION visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **03-07-2018**) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire TALI visée à l'article L. 165-1 du CSS

Juin

-Arrêté du **29-06-2018** (JO du **05-07-2018**) portant renouvellement d'inscription des neurostimulateurs médullaires rechargeables PRECISION SPECTRA et PRECISION MONTAGE MRI et modification de certaines références d'électrodes de la société BOSTON SCIENTIFIC S.A.S au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-06-2018** (JO du **03-07-2018**) portant modification des conditions d'inscription du kit de compression veineuse ROSIDAL SYS des laboratoires LOHMANN & RAUSCHER au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-06-2018** (JO du **03-07-2018**) portant inscription du ballonnet à élution de paclixatel SEQUENT PLEASE OTW de la société B. BRAUN Medical au titre V de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **03-07-2018**) relatif à la tarification du ballon actif à élution de paclitaxel SEQUENT PLEASE OTW visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-06-2018** (JO du **03-07-2018**) portant inscription du processeur de son pour implant cochléaire NEURO 2 de la société NEURELEC SA au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **03-07-2018**) relatif à la tarification du processeur de son pour implant cochléaire NEURO 2 visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-06-2018** (JO du **03-07-2018**) portant inscription du système implantable non rechargeable de stimulation du ganglion spinal PROCLAIM DRG de la société ABBOTT MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **03-07-2018**) relatif à la tarification du système implantable non rechargeable de stimulation du ganglion spinal PROCLAIM DRG visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **27-06-2018** (JO du **03-07-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme EVORA de la société SCIENCE ET MEDECINE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **03-07-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme EVORA visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **22-06-2018** (JO du **28-06-2018**) portant modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires pulmonaires MELODY+ENSEMBLE et MELODY+ENSEMBLE II de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **27-06-2018**) modifiant l'avis relatif à la tarification des prestations d'oxygénothérapie et ses forfaits associés visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **26-06-2018**) relatif à la tarification du pansement ASKINA CARBOSORB visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **26-06-2018**) relatif à la tarification du pansement en fibres de polyacrylate URGOCLEAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du **19-06-2018** (JO du **21-06-2018**) 19 juin 2018 portant changement de dénomination et de distributeur de la pompe à insuline externe sans tubulure extérieure MYLIFE

OMNIPOD de la société YPSOMED SAS inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **21-06-2018**) relatif à la tarification de la pompe à insuline externe OMNIPOD visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-06-2018** (JO du **14-06-2018**) modifiant l'arrêté du 1er juin 2018 portant inscription des dispositifs de la gamme PROVOX de la société ATOS MEDICAL SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-06-2018**) modifiant l'avis relatif à la tarification de la prothèse respiratoire de la gamme PROVOX visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-06-2018**) relatif à la tarification de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-06-2018** (JO du **14-06-2018**) portant inscription du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G4 PLATINUM de la société DXCM Sweden AB au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **14-06-2018**) relatif à la tarification du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G4 PLATINUM visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **04-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant inscription des tiges à col modulaire PROFEMUR de la société MICROPORT SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification des tiges à col modulaire PROFEMUR visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **04-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité ADES, ADES PLUS non cimentés et ADES à cimenter de la société DEDIENNE SANTE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme ADES visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **04-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant changement de distributeur des produits de la société ST JUDE MEDICAL France et portant modification des conditions d'inscription des neurostimulateurs médullaires PRODIGY MRI et PROCLAIM ELITE aux titres Ier et III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification de produits de la société ABBOTT MEDICAL France visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme QUATTRO CIM, QUATTRO HAP et INTEGRA DE REPRISE de la société GROUPE LEPINE au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme QUATTRO CIM, QUATTRO HAP et INTEGRA DE REPRISE visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant inscription de la gaine laser pour extraction de sondes de stimulation et de défibrillation cardiaque GLIDELIGHT de la société SPECTRANETICS France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification de la gaine laser pour extraction de sondes de stimulation et de défibrillation cardiaque GLIDELIGHT visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **06-06-2018**) portant inscription de l'articulation électronique du genou E-MAG ACTIVE de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **06-06-2018**) relatif à la tarification de l'articulation électronique du genou E-MAG ACTIVE visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **05-06-2018**) portant radiation de certains dispositifs de la gamme PROVOX de la société ATOS MEDICAL SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **05-06-2018**) relatif à la tarification de la prothèse respiratoire de la gamme PROVOX visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **05-06-2018**) portant inscription des dispositifs de la gamme PROVOX de la société ATOS MEDICAL SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **05-06-2018**) portant renouvellement d'inscription du dispositif PROVOX HME de la société ATOS MEDICAL SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **01-06-2018** (JO du **05-06-2018**) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique THEALOSE UD des Laboratoires THEA France au titre Ier de la LPPR prévue à

l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **05-06-2018**) relatif à la tarification de la solution pour usage ophtalmique THEALOSE UD visée à l'article L. 165-1 du CSS

Mai

-Arrêté du **31-05-2018** (JO du **05-06-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme TREGOR de la société ASTON MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **05-06-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité TREGOR visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **28-05-2018** (JO du **02-06-2018**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **28-05-2018** (JO du **02-06-2018**) portant radiation de produits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **01-06-2018**) relatif à la tarification des prestations d'oxygénothérapie et ses forfaits associés visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **31-05-2018** (JO du **01-06-2018**) portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du **01-06-2018**) relatif à la tarification du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G4 visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **25-05-2018** (JO du **31-05-2018**) portant inscription du processeur de son RONDO 2 de la société MED-EL Elektromedizinische Geraete Gesellschaft m.b.H au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-05-2018**) relatif à la tarification du processeur de son RONDO 2 visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **25-05-2018** (JO du **31-05-2018**) portant inscription du système modulaire de reconstruction massive du bassin MUTARS LUMIC de la société IMPLANTCAST GmbH au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **31-05-2018**) relatif à la tarification du système modulaire de reconstruction massive du bassin MUTARS LUMIC visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **04-05-2018**) rectifiant l'avis relatif à la fixation des prix de cession, des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des pansements anatomiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **29-03-2018**) relatif à la tarification des stérilets au cuivre et inserteurs visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-03-2018** (JO du **04-04-2018**) portant radiation de certains codes du GAO inscrits au chapitre 7 du titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avril

-Arrêté du **26-04-2018** (JO du **02-05-2018**) portant inscription du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE PLUS de la société WINNCARE France au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **02-05-2018**) relatif à la tarification des surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE et AXTAIR ONE PLUS visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **26-04-2018** (JO du **02-05-2018**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **25-04-2018**) portant inscription de CARBO-SEAL VALSALVA, renouvellement d'inscription de CARBO-SEAL et changement de distributeur des produits de la société SULZER CARDIOVASCULAR vers la société LIVANOVA FRANCE inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **25-04-2018**) relatif à la tarification des conduits valvés CARBO-SEAL et CARBO-SEAL VALSALVA visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **25-04-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité COTYLE DOUBLE MOBILITE CORIN de la société CORIN France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis(JO du **25-04-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité COTYLE DOUBLE MOBILITE CORIN visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **25-04-2018**) portant inscription du processeur de son BAHA 5 SUPER POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société COCHLEAR France SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **25-04-2018**) relatif à la tarification du processeur de son BAHA 5 SUPER POWER visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **25-04-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire AMO de la société SOMNOMED inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **25-04-2018**)relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire AMO visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **20-04-2018** (JO du **24-04-2018**) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe I AQUA FOOT de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **19-04-2018** (JO du **24-04-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité GYROS de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **24-04-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme GYROS visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-04-2018** (JO du **24-04-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité NOVAE de la société SERF au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **24-04-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme NOVAE visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-04-2018** (JO du **24-04-2018**) portant changement de distributeur et portant modification de référence du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE de la société HEARTWARE inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **24-04-2018**) relatif à la tarification du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-04-2018** (JO du **21-04-2018**) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques ZENITH TX2 et ZENITH TX2 PROFORM de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **18-04-2018** (JO du **20-04-2018**) portant renouvellement d'inscription des pieds à restitution d'énergie de classe III VARI-FLEX et FLEX FOOT MODULAR III et changement de nom commercial de FLEX-FOOT MODULAR III en VARI-FLEX MODULAR de la société ÖSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **11-04-2018** (JO du **13-04-2018**) portant renouvellement d'inscription du kit et de la cassette pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE de la société ROCHE DIABETES CARE France inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **11-04-2018** (JO du **13-04-2018**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-04-2018** (JO du **12-04-2018**) modifiant l'arrêté du 12 février 2018 portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme MOBILITY et XCUP MOB de la société XNOV au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-04-2018** (JO du 1**0-04-2018**) portant renouvellement d'inscription du pansement au charbon actif ASKINA CARBOSORB de la société B. BRAUN MEDICAL au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-04-2018** (JO du 1**0-04-2018**) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III ELITE de la société ENDOLITE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-04-2018** (JO du 1**0-04-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire ULTIMASTER de la société TERUMO France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **04-04-2018** (JO du **06-04-2018**) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **28-03-2018** (JO du **04-04-2018**) portant radiation de produits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-03-2018** (JO du **08-03-2018)** portant inscription de la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM MRI S-ICD de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **08-03-2018)** relatif à la tarification de EMBLEM S-ICD et EMBLEM MRI S-ICD visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-03-2018** (JO du **08-03-2018)** portant inscription de la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Mars

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **30-03-2018)** portant changement de distributeur pour les prothèses osseuses sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne CUSTOMBONE de la société CODMAN inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **30-03-2018)** relatif à la tarification des prothèses osseuses sur mesure pour la restructuration de la voûte crânienne CUSTOMBONE visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **30-03-2018)** portant modification des modalités d'inscription des implants mammaires au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **30-03-2018)** relatif à la tarification des implants mammaires visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **30-03-2018)** portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme LIBERTY de la société ATF au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **30-03-2018)** relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme LIBERTY visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **30-03-2018)** portant modification des conditions d'inscription du système de mesure en continu du glucose interstitiel MINIMED 640G de la société Medtronic France SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **30-03-2018)** portant inscription du surmatelas à air motorisé CAIRFLOW PM100A EVO de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **30-03-2018**) relatif à la tarification du surmatelas à air motorisé CAIRFLOW PM100A EVO visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **23-03-2018** (JO du **29-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'aliment diététique NOVALAC AMINA de la société Nutrition Hygiène Santé inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **29-03-2018**) relatif à la tarification de l'aliment diététique NOVALAC AMINA visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **21-03-2018** (JO du **23-03-2018**) portant inscription du dispositif de propulsion par moteur électrique adaptable ALBER VIAPLUS V12 de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **23-03-2018**) relatif à la tarification du dispositif de propulsion par moteur électrique ALBER VIAPLUS V12 visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **21-03-2018** (JO du **23-03-2018**) portant inscription du dispositif de propulsion par moteur électrique ALBER VIAMOBIL ECO V14 de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **23-03-2018**) relatif à la tarification du dispositif de propulsion par moteur électrique ALBER VIAMOBIL ECO V14 visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **21-03-2018** (JO du **23-03-2018**) portant inscription du scooter électrique modulaire ORION PRO de catégorie C de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **23-03-2018**) relatif à la tarification du scooter électrique ORION PRO visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **14-03-2018** (JO du **16-03-2018**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des dispositifs médicaux et prestations associées pour la perfusion à domicile et de la prestation d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **16-03-2018**) relatif à la tarification des dispositifs médicaux et prestations associées pour la perfusion à domicile et de la prestation d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-03-2018** (JO du **20-03-2018**) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-03-2018**) relatif à la tarification de trois nouveaux forfaits hebdomadaires de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile au titre Ier, chapitre 1er, section 2, sous-section 1 de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-03-2018** (JO du **20-03-2018**) portant renouvellement d'inscription des substituts osseux issus de dérivés d'origine bovine ENDOBON de la société ZIMMER BIOMET SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **14-03-2018** (JO du **20-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription de certaines orthèses d'avancée mandibulaire inscrites au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-03-2018**) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire SOMNODENT visée à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-03-2018**) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-03-2018** (JO du **20-03-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur à ciment centro-médullaire CEMSTOP de la société TEKNIMED inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du **14-03-2018** (JO du **16-03-2018**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des dispositifs médicaux et prestations associées pour la perfusion à domicile et de la prestation d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **16-03-2018**) relatif à la tarification des dispositifs médicaux et prestations associées pour la perfusion à domicile et de la prestation d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

-Arrêté du **12-03-2018** (JO du **15-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription de la solution pour usage ophtalmique HYLOVIS MULTI 15 ml de la société TRB CHEMEDICA inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-03-2018** (JO du **15-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription de la solution pour usage ophtalmique VISMED MULTI 15 ml de la société HORUS PHARMA inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-03-2018** (JO du **15-03-2018**) portant renouvellement d'inscription de l'implant d'embolisation artérielle ORBIT GALAXY de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division CERENOVUS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **15-03-2018**) relatif à la tarification des dispositifs de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-03-2018** (JO du **15-03-2018**) portant changement de dénomination sociale pour certains dispositifs médicaux des sociétés ETHICON et DEPUY et portant changement de dénomination commerciale de la division CODMAN inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-03-2018** (JO du **15-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'implant de reconstruction corporéale VLIFT de la société STRYKER France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **15-03-2018**) relatif à la tarification de l'implant de reconstruction corporéale VLIFT visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du **08 -03-2018**) relatif à la tarification de EMBLEM S-ICD et EMBLEM MRI S-ICD visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-03-2018** (JO du **08 -03-2018**) portant renouvellement d'inscription des stimulateurs cardiaque simple chambre EDORA 8 SRT et double chambre EDORA 8 DRT de la société BIOTRONIK au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **06-03-2018** (JO du **08 -03-2018**) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III TALUX de la société ÖSSUR Europe BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **05-03-2018** (JO du **08 -03-2018**) modifiant l'arrêté du 12 février 2018 portant inscription du dispositif BLOM-SINGER et LARYVOX FAHL de la société COLLIN SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 CSS
-Avis (JO du **08 -03-2018**) modifiant l'avis relatif à la tarification des prothèses respiratoires BLOM-SINGER et LARYVOX FAHL visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **02-03-2018** (JO du **08-03-2018**) portant changement de distributeur de la prothèse cardio-vasculaire hybride E-VITA OPEN PLUS de la société GAMIDA au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **08-03-2018**) relatif à la tarification de la prothèse cardio-vasculaire hybride E-VITA OPEN PLUS visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **02-03-2018** (JO du **06-03-2018**) portant modification des modalités de prise en charge des pompes à insuline externes inscrites au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **02-03-2018** (JO du **04-03-2018**) portant modification des conditions d'inscription des systèmes ophtalmologiques d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Février

-Arrêté du **14-02-2018** (JO du **20-02-2018**) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique VISMED MULTI 15 ml de la société HORUS PHARMA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-02-2018**) relatif à la tarification de la solution pour usage ophtalmique VISMED MULTI 15 ml visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-02-2018** (JO du **20-02-2018**) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique HYLOVIS MULTI 15 ml de la société TRB CHEMEDICA au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
Avis relatif à la tarification de la solution pour usage ophtalmique HYLOVIS MULTI 15 ml visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-02-2018** (JO du **20-02-2018**) portant inscription des coussins pneumatiques à cellules télescopiques ROHO MONOCAMPARTIMENT et ROHO QUADTRO SELECT de la société PERMOBIL FRANCE au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-02-2018**) relatif à la tarification de ROHO MONOCOMPARTIMENT et ROHO QUADTRO SELECT visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **14-02-2018** (JO du **20-02-2018**) portant inscription de l'aliment diététique ALFAMINO de la société NESTLE HEALTH SCIENCE au titre Ier de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **20-02-2018**) relatif à la tarification de ALFAMINO visé à l'article L. 165-1 du CSS.

-Arrêté du **13-02-2018** (JO du **16-02-2018**) portant inscription du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplé à une pompe à insuline externe MINIMED 640G de la société MEDTRONIC France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **16-02-2018**) relatif à la tarification du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplé à une pompe à insuline externe MINIMED 640 G visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **13-02-2018** (JO du **16-02-2018**) portant inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée d'évérolimus XIENCE SIERRA de la société ABBOTT France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **16-02-2018**) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire enrobée d'everolimus XIENCE SIERRA visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **13-02-2018** (JO du **16-02-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme MERCURY de la société C2F IMPLANTS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **16-02-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité de la gamme MERCURY visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant inscription du dispositif BLOM-SINGER et LARYVOX FAHL de la société COLLIN SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **15-02-2018**) relatif à la tarification des prothèses respiratoires BLOM-SINGER et LARYVOX FAHL visées à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant renouvellement d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III RE-FLEX de la société ÖSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme MOBILITY et XCUP MOB de la société XNOV au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **15-02-2018**) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité MOBILITY et XCUP MOB visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant renouvellement d'inscription de la prothèse ostéo-intégrée PONTO de la société PRODITION inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant modification des conditions d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 de la société IST CARDIOLOGY au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **12-02-2018** (JO du **15-02-2018**) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **14-02-2018**) Avis relatif à la tarification de MITRACLIP et MITRACLIP NT visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **06-02-2018** (JO du **13-02-2018**) portant inscription du processeur de son NUCLEUS 7 (modèle CP1000) de la société COCHLEAR au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **13-02-2018**) Avis relatif à la tarification du processeur de son NUCLEUS 7 modèle CP1000 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **08-02-2018** (JO du **09-02-2018**) portant inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée COREVALVE EVOLUT PRO de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **09-02-2018**) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée COREVALVE EVOLUT PRO visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **02-02-2018** (JO du **08-02-2018**) portant modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques CONFORMABLE TAG de la société WL GORE & Associés inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **02-02-2018** (JO du **06-02-2018**) portant renouvellement d'inscription des concentrateurs d'oxygène PLATINUM 9 et HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **02-02-2018** (JO du **06-02-2018**) portant changement de distributeur des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société BOLTON MEDICAL inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **06-02-2018**) relatif à la tarification des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **01-02-2018** (JO du **06-02-2018**) portant radiations de certains systèmes de nébulisation de la société PARI Pulmomed SARL (PARI) inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du CSS

Janvier

-Arrêté du 29-01-2018 (JO du 01-02-2018) portant renouvellement d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire SOMNODENT de la société SOMNOMED inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 29-01-2018 (JO du 01-02-2018) portant inscription du système de télésurveillance LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque automatique implantable à sonde sous-cutanée EMBLEM de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 01-02-2018) relatif à la tarification du système de télésurveillance LATITUDE NXT associé au défibrillateur EMBLEM visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 25-01-2018) relatif à la tarification de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FENESTRATED visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Décision du **24-01-2018** (JO du **07-02-2018**) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des valves percutanées de la gamme SAPIEN inscrites sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du **07-02-2018**) relatif à la tarification des valves percutanées visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-01-2018 (JO du 24-01-2018) portant renouvellement d'inscription du pied prothétique MULTIFLEX de la société ENDOLITE France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-01-2018) relatif à la tarification du pied à variante prothétique MULTIFLEX visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 22-01-2018 (JO du 24-01-2018) portant inscription de l'endoprothèse aortique fenêtrée ANACONDA FENETREE de la société VASCUTEK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 24-01-2018) relatif à la tarification de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA FENETREE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 19-01-2018) Avis relatif à la tarification de NEW-FILL visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 17-01-2018) Avis relatif au renouvellement d'inscription du genou monoaxial C-LEG 3C100 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 17-01-2018) Avis relatif à la baisse de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 16-01-2018) relatif à la tarification des implants méniscaux visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-01-2018 (JO du 19-01-2018) portant radiation de produits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-01-2018 (JO du 19-01-2018) portant renouvellement d'inscription de l'acide L-polylactique NEW-FILL de la société SINCLAIR PHARMACEUTICALS Ltd inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-01-2018 (JO du 18-01-2018) portant inscription de l'implant de reconstruction corporéale VLIFT de la société STRYKER France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 18-01-2018) Avis relatif à la tarification de l'implant de reconstruction corporéale VLIFT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Décision du 12-01-2018 (JO du 16-01-2018) fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC du dispositif médical TRUESPAN inscrit sur la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-01-2018 (JO du 16-01-2018) portant changement de dénomination sociale de la société LINVATEC France SARL pour l'implant méniscal SEQUENT inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 10-01-2018 (JO du 12-01-2018) portant inscription du genou monoaxial hydraulique contrôlé par microprocesseur KENEVO de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-01-2018) relatif à la tarification de KENEVO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-01-2018 (JO du 09-01-2018) portant modification des conditions d'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée SAPIEN XT/NOVAFLEX + de la société EDWARDS Lifesciences SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-01-2018 (JO du 09-01-2018) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II DYNAMIC CARBON FOOT 1H04Y de la société SM EUROPE France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-01-2018) Avis relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II DYNAMIC CARBON FOOT 1H04Y visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-01-2018 (JO du 09-01-2018) portant renouvellement d'inscription et changement de distributeur de l'orthèse d'avancée mandibulaire TALI de la société TALI inscrite au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-01-2018) relatif à la tarification de l'orthèse d'avancée mandibulaire TALI visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-01-2018 (JO du 09-01-2018) portant renouvellement d'inscription des pansements interface PHYSIOTULLE des Laboratoires COLOPLAST inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

2017

Décembre

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 29-12-2017) portant inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique AIR de la société STRYKER France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 29-12-2017) relatif à la tarification de AIR visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 29-12-2017) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme SATURNE II de la société AMPLITUDE SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 29-12-2017) relatif à la tarification du cotyle à insert à double mobilité SATURNE II visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 27-12-2017) relatif à la tarification de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK AFX2 visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 27-12-2017) portant renouvellement d'inscription des compresses et crèmes à base d'acide hyaluronique seuls EFFIDIA de la société FIDIA FARMACEUTICI S.P.A au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 27-12-2017) portant inscription de l'implant cochléaire HIRES ULTRA HIFOCUS SLIM J de la société ADVANCED BIONICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-12-2017) relatif à la tarification de HIRES ULTRA HIFOCUS SLIM J visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 27-12-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III CHALLENGER 1E95 de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-12-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III CHALLENGER 1E95 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2017 (JO du 22-12-2017) rectifiant l'arrêté du 13 décembre 2017 modifiant la procédure d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au paragraphe 4 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1er, titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du CSS
- Avis (JO du 16-12-2017) relatif à la fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des dispositifs médicaux à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-12-2017) modifiant l'avis relatif à la fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des dispositifs médicaux à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-12-2017 (JO du 22-12-2017) portant inscription du ballon à élution de principe actif RANGER de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 22-12-2017) relatif à la tarification du ballon à élution de principe actif RANGER visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 20-12-2017) portant inscription des pieds à restitution d'énergie de classe II DYNACITY 1A510 de la société PROTEOR SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 20-12-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II DYNACITY 1A510 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 20-12-2017) portant inscription des pansements hydrocellulaires anatomiques ALLEVYN GENTLE BORDER HEEL de la société SMITH & NEPHEW SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-12-2017) relatif à la tarification des pansements hydrocellulaires anatomiques ALLEVYN GENTLE BORDER HEEL visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 19-12-2017) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée d'oxynitrure de titane TITAN de la société HEXACATH France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 19-12-2017) portant renouvellement d'inscription des pieds à restitution d'énergie de classe II et III PROMENADE, SILHOUETTE et HIGHLANDER de la société FREEDOM INNOVATIONS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 19-12-2017) portant renouvellement d'inscription des systèmes de compression veineuse bi-bandes URGO K2 et URGO K2 Latex Free des laboratoires Urgo au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2017 (JO du 19-12-2017) portant modification des conditions d'inscription du ballon à élution de principe actif LUTONIX 035 de la société BARD France au titre V de la LPPR remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-12-2017 (JO du 16-12-2017) modifiant la procédure d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au paragraphe 4 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1er, titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du CSS

- Arrêté du 11-12-2017 (JO du 14-12-2017) portant inscription du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA EUROPE GmbH au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-12-2017) relatif à la tarification du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2017 (JO du 12-12-2017) portant renouvellement, modification des conditions d'inscription des inserts de la hanche LONGEVITY de la société ZIMMER au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS, portant changement de distributeur de ZIMMER, BIOMET SAS et Biomet Merck France et portant radiation de certains produits
- Avis (JO du 12-12-2017) relatif à la tarification des produis de la société ZIMMER BIOMET France visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2017 (JO du 12-12-2017) portant inscription des pansements hydrocellulaires anatomiques MEPILEX BORDER de la société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SAS au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-12-2017) relatif à la tarification de MEPILEX BORDER visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2017 (JO du 12-12-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III XTEND FOOT H100 de la société LINDHE XTEND au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-12-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III XTEND FOOT H100 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2017 (JO du 08-12-2017) portant modification des modalités de prise en charge des implants pour plastie endocanalaire (stents) inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-12-2017) de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des implants pour plastie endocanalaire (stents) visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2017 (JO du 08-12-2017) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 07-12-2017) modifiant l'avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de TITAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

Novembre

- Arrêté du 29-11-2017 (JO du 01-12-2017) modifiant l'arrêté du 28 juillet 2017 portant modification des conditions d'inscription des systèmes de neurostimulation médullaire implantable et portant renouvellement d'inscription du système ITREL 4 de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-11-2017 (JO du 01-12-2017) portant inscription des pieds à restitution d'énergie de classe II FLEX-FOOT ASSURE et renouvellement d'inscription de FLEX FOOT BALANCE de la société ÖSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-12-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II FLEX-FOOT ASSURE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-11-2017 (JO du 01-12-2017) portant radiation de produit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 29-11-2017) relatif à la tarification de TITAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-11-2017 (JO du 28-11-2017) modifiant l'arrêté du 25 octobre 2017 portant inscription du ballon à élution de principe actif LUTONIX 035 de la société BARD France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-11-2017 (JO du 28-11-2017) portant radiation de produit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) portant inscription du processeur de son PONTO 3, PONTO 3 POWER et PONTO 3 SUPER POWER pour prothèse ostéo-intégrée PONTO de la société PRODITION au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-11-2017) relatif à la tarification de PONTO 3, PONTO 3 POWER et PONTO 3 SUPER POWER visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) portant renouvellement d'inscription de la solution pour pulvérisations endobuccales AEQUASYAL du laboratoire EISAI SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-11-2017) relatif à la tarification de AEQUASYAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III PRO-FLEX LP de la société ÖSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-11-2017) relatif à la tarification de PRO-FLEX LP visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse intra-hépatique VIATORR TIPS de la société WL Gore & Associés SARL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) portant inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée MELODY+ENSEMBLE II et renouvellement d'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée MELODY+ENSEMBLE de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-11-2017) relatif à la tarification des bioprothèses valvulaires pulmonaires MELODY+ENSEMBLE et MELODY+ENSEMBLE II visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-11-2017 (JO du 24-11-2017) rectifiant l'arrêté du 13 octobre 2017 portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-11-2017 (JO du 14-11-2017) portant renouvellement d'inscription et changement de distributeur des bandelettes réactives pour la détermination du glucose et des corps cétoniques dans les urines KETO-DIASTIX de la société BAYER vers la société ASCENSIA Diabete Care France inscrites au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-11-2017) relatif à la tarification des bandelettes KETO-DIASTIX visées à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

- Arrêté du 31-10-2017 (JO du 03-11-2017) portant inscription des chaussures thérapeutiques à usage prolongé PROPHYLAXE et FINN ORTHO de la société FINN COMFORT France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 03-11-2017) relatif à la tarification des chaussures thérapeutiques à usage prolongé PROPHYLAXE et FINN ORTHO visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 31-10-2017 (JO du 03-11-2017) portant inscription du système de stimulation cérébrale profonde VERCISE GEVIA de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 03-11-2017) relatif à la tarification du système de stimulation cérébrale profonde VERCISE GEVIA visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 31-10-2017 (JO du 03-11-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse vasculaire périphérique VIABAHN de la société WL GORE & Associés au titre III de la LLPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 03-11-2017) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique VIABAHN visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant renouvellement d'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL de la société PHILIPS France et de ses forfaits associés inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant modification des conditions d'inscription de l'implant d'embolisation liquide ONYX LES 34 de la société MEDTRONIC France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant changement des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des substituts osseux synthétiques injectables OSTIBONE de la société FH ORTHOPEDICS SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant renouvellement d'inscription de l'articulation genou pour orthèse de membre inférieur SPL BASKO de la société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-11-2017) relatif à la tarification de SPL BASKO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant modification des modalités de prise en charge des implants articulaires de hanche inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-10-2017 (JO du 01-11-2017) portant inscription de l'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque GORE EXCLUDER IBE de la société WL GORE et associés SARL au

titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-11-2017) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque GORE EXCLUDER IBE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 25-10-2017 (JO du 31-10-2017) portant inscription du ballon à élution de principe actif LUTONIX 035 de la société BARD France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 31-10-2017) relatif à la tarification de LUTONIX 035 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 25-10-2017 (JO du 31-10-2017) portant inscription de l'implant d'oreille moyenne VIBRANT SOUNDBRIDGE de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 31-10-2017) relatif à la tarification de VIBRANT SOUNDBRIDGE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 25-10-2017 (JO du 27-10-2017) portant inscription des plaques et rivets résorbables pour ostéosynthèse craniofaciale RESORB X et SONICPINS RX de la société Gebrüder Martin GmbH & Co KG au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-10-2017) relatif à la tarification de RESORB X et SONICPINS RX visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 25-10-2017 (JO du 27-10-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du stimulateur phrénique ATROSTIM inscrit au titre III et I sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant changement de raison sociale de la société MEDWIN MEDICAL GROUP France
- Avis (JO du 27-10-2017) relatif à la tarification du stimulateur phrénique ATROSTIM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-10-2017 (JO du 27-10-2017) portant modification des conditions d'inscription du stent retriever TREVO XP PROVUE de la société STRYKER NEUROVASCULAR au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-10-2017 (JO du 26-10-2017) portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire et changement de dénomination du fabricant du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 3 de la société CHART SEQUAL TECHNOLOGIES Inc, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-10-2017) relatif à la tarification du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 5 visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-10-2017) relatif à la tarification du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 3 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-10-2017 (JO du 26-10-2017) portant radiation du pied à restitution d'énergie de classe II BREEZE de la société OKO SOLUTION inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 20-10-2017) relatif à la tarification des aliments MODULEN IBD, IMPACT ENTERAL, ORAL IMPACT, PEPTAMEN et PEPTAMEN HN visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 17-10-2017 (JO du 24-10-2017) portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-10-2017) relatif à la tarification des dispositifs médicaux et prestations associées pour les sièges coquilles de série visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant modification des conditions d'inscription des kits de compression veineuse médicale VENOTRAIN ULCERTEC 39 et VENOTRAIN ULCERTEC 46 de la Société BAUERFEIND FRANCE SARL au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant renouvellement d'inscription des dispositifs d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuils roulants manuels ALBER E-MOTION et ALBER TWION de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant renouvellement d'inscription des implants d'embolisation liquide ONYX et ONYX LES et des endoprothèses pour embolisation PIPELINE et PIPELINE FLEX de la société MEDTRONIC France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant inscription du stimulateur cardiaque triple chambre QUADRA ALLURE MP de la société SAINT JUDE MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-10-2017) relatif à la tarification du stimulateur cardiaque triple chambre QUADRA ALLURE MP visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIANON 32 mm de la société FH ORTHOPEDICS au titre III de la LPPR

prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-10-2017) relatif à la tarification de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIANON 32 mm visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant modification des conditions d'inscription de l'allogreffe osseuse viro-inactivée BIOBANK par procédé SUPERCRIT de la société BIOBANK inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant renouvellement d'inscription des aliments MODULEN IBD, IMPACT ENTERAL, ORAL IMPACT, PEPTAMEN et PEPTAMEN HN de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-10-2017 (JO du 17-10-2017) portant création de la section « scooter électrique modulaire » et inscription du scooter électrique modulaire INVACARE LEO de catégorie B de la société INVACARE POIRIER S.A.S au titre IV de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-10-2017) relatif à la tarification du scooter électrique modulaire INVACARE LEO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-10-2017) relatif à la tarification de VIATORR TIPS visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 10-10-2017 (JO du 13-10-2017) portant inscription des endoprothèses coronaires (stents) à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO et modification d'inscription de COROFLEX ISAR de la société B. BRAUN MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-10-2017) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-10-2017 (JO du 13-10-2017) portant renouvellement d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile XPO2 de la société INVACARE POIRIER SAS et de ses forfaits associés inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-10-2017 (JO du 13-10-2017) portant renouvellement d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile SIMPLYGO de la société PHILIPS France et de ses forfaits associés inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-10-2017 (JO du 06-10-2017) portant inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE 3 de la société SAINT JUDE MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-10-2017) relatif à la tarification du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTMATE 3 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02-10-2017 (JO du 06-10-2017) portant inscription du moniteur cardiaque implantable CONFIRM DM2102 de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-10-2017) relatif à la tarification du moniteur cardiaque implantable CONFIRM DM2102 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02-10-2017 (JO du 06-10-2017) portant inscription du stent retriever SOLITAIRE PLATINUM de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-10-2017) relatif à la tarification du stent retriever SOLITAIRE PLATINUM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02-10-2017 (JO du 06-10-2017) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique OPTIVE FUSION UD de la société ALLERGAN France SAS au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-10-2017) relatif à la tarification de la solution pour usage ophtalmique OPTIVE FUSION UD visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02-10-2017 (JO du 06-10-2017) portant inscription de l'endoprothèse vasculaire périphérique GORE TIGRIS de la société WL GORE & Associés au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 06-10-2017) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique GORE TIGRIS visée à l'article L. 165-1 du CSS

Septembre

- Arrêté du 27-09-2017 (JO du 03-10-2017) portant inscription du système implantable non rechargeable de stimulation du ganglion spinal AXIUM de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 03-10-2017) relatif à la tarification de AXIUM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-09-2017 (JO du 15-09-2017) portant modification de procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'implant endovasculaire dit stent, aortique, rénal, iliaque ou fémoral au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-09-2017) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques visées à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-09-2017) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques ELUVIA visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-09-2017) relatif à la tarification de XIENCE PRIME BTK visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 12-09-2017) relatif à la tarification des solutions ophtalmiques visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 05-09-2017) de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) du forfait hebdomadaire de prestation du dispositif médical de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil (forfait hebdomadaire 9.4) et de ses forfaits hebdomadaires associés correspondants à l'association du forfait 9.4 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée du sommeil) et d'un forfait de l'insuffisance respiratoire inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Avis (JO du 05-09-2017) relatif à la tarification des endoprothèses vasculaires périphériques actives PROMUS BTK, PROMUS PREMIER MONORAIL BTK, PROMUS OTW BTK et PROMUS PREMIER OTW BTK visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-09-2017 (JO du 05-09-2017) modifiant l'arrêté du 9 août 2017 portant modification des conditions d'inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride THORAFLEX HYBRID et inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO de la société VASCUTEK France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Août

- Arrêté du 30-08-2017 (JO du 05-09-2017) portant radiation de produit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-08-2017 (JO du 05-09-2017) modifiant l'arrêté du 23 août 2017 portant inscription de la main myoélectrique pour prothèse externe du membre supérieur MICHELANGELO de la société OTTO BOCK FRANCE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-08-2017 (JO du 01-09-2017) portant inscription des endoprothèses coronaires (stents) à libération de sirolimus BIOSS LIM C de la société BALTON au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-09-2017) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires à libération de sirolimus BIOSS LIM C visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-08-2017 (JO du 05-09-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 05-09-2017) relatif à la tarification de l'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-08-2017 (JO du 05-09-2017) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses carotidiennes auto-expansibles RX ACCULINK et XACT de la société ABBOTT France, CAROTID WALLSTENT MONORAIL de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS, PRECISE PRO RX de la société CORDIS et PROTÉGÉ RX de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant changement de distributeur du produit PRECISE PRO RX de la société CORDIS
- Avis (JO du 05-09-2017) relatif à la tarification des endoprothèses carotidiennes XACT, RX ACCULINK, CAROTID WALLSTENT MONORAIL, PRECISE PRO RX et PROTEGE RX, visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-08-2017 (JO du 29-08-2017) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire RESOLUTE ONYX de la société MEDTRONIC France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-08-2017 (JO du 29-08-2017) portant renouvellement d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile SOLO2 de la société INVACARE POIRIER SAS et de ses forfaits associés inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-08-2017 (JO du 29-08-2017) portant inscription de la main myoélectrique pour prothèse externe du membre supérieur MICHELANGELO de la société OTTO BOCK FRANCE au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 29-08-2017) relatif à la tarification de MICHELANGELO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant modification des conditions d'inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride THORAFLEX HYBRID et inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO de la société VASCUTEK France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification de THORAFLEX HYBRID PLEXUS et THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant inscription des neurostimulateurs médullaires PRODIGY MRI et PROCLAIM ELITE de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification de PRODIGY MRI et PROCLAIM ELITE visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant inscription des stimulateurs cardiaques triple chambre PERCEPTA CRT-P et PERCEPTA QUAD CRT-P de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre PERCEPTA CRT-P et PERCEPTA QUAD CRT-P visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant inscription de l'articulation de la hanche polycentrique hydraulique HELIX 3D 7E10 de la société OTTO BOCK France inscrit au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification de HELIX 3D visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant modification des conditions d'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée COREVALVE EVOLUT R de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur à ciment centro-médullaire AIR PLUG de la société GROUPE LEPINE inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant renouvellement d'inscription des solutions ophtalmiques VISMED unidose et multidose de la société HORUS PHARMA au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 09-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant renouvellement d'inscription du verre scléral SPOT de la société Laboratoire d'appareillage oculaire (LAO) au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification de SPOT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-08-2017 (JO du 17-08-2017) portant modification des conditions d'inscriptions de HYLO CONFORT des Laboratoires URSAPHARM et renouvellement d'inscription de la solution ophtalmique OPTIVE de la société ALLERGAN France au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-08-2017 (JO du 17-08-2017) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire ULTIMASTER de la société TERUMO France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-08-2017 (JO du 17-08-2017) portant changement de distributeur des solutions à usage ophtalmique SYSTANE ULTRA, SYSTANE ULTRA UD et SYSTANE BALANCE de la société ALCON inscrites au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-08-2017) relatif à la tarification de la solution à usage ophtalmique SYSTANE BALANCE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant modifications des conditions d'inscription des endoprothèses coronaires (stents) à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de la société B BRAUN MEDICAL inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant renouvellement d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire AMO de la société SOMNOMED France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-08-2017 (JO du 15-08-2017) portant renouvellement d'inscription des solutions ophtalmiques HYLOVIS et HYLOVIS MULTI de la société TRB CHEMEDICA au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté 03-08-2017 (JO du 15-08-2017) du portant inscription des stimulateurs cardiaques triple chambre EDORA 8 HF-T et EDORA 8 HF-T QP de la société BIOTRONIK France, modification des conditions d'inscription des stimulateurs cardiaques triple chambre, et radiation des stimulateurs cardiaques triple chambre STRATOS LV, STRATOS LV-T, INLIVEN et INVIVE des sociétés BIOTRONIK France et BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-08-2017) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre EDORA 8 HF-T et HF-T QP visés à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

- Arrêté du 28-07-2017 (JO du 03-08-2017) portant renouvellement d'inscription des conduits pulmonaires valvés HANCOCK de la société MEDTRONIC France SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-07-2017 (JO du 03-08-2017) portant modification des conditions d'inscription des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) des Sociétés HEARTWARE International Inc, IST CARDIOLOGY et SAINT JUDE MEDICAL France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-07-2017 (JO du 02-08-2017) portant modification des conditions d'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 de la société INOGEN, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire, au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 28-07-2017 (JO du 02-08-2017) portant modification des conditions d'inscription des systèmes de neurostimulation médullaire implantable et portant renouvellement d'inscription du système ITREL 4 de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-07-2017 (JO du 01-08-2017) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-08-2017) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité POLARCUP visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-07-2017 (JO du 01-08-2017) portant inscription dispositif d'auto-mesure de l'INR COAGUCHEK INRANGE de la société ROCHE DIAGNOSTICS au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-08-2017) relatif à la tarification de COAGUCHEK INRANGE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-07-2017 (JO du 26-07-2017) portant modification et renouvellement d'inscription du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE de la société ATOS MEDICAL SAS au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 20-07-2017) relatif à la baisse de certains implants orthopédiques inscrits sous description générique visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant renouvellement d'inscription du coussin en mousse viscoélastique ALOVA ERGONOMIQUE STANDARD de la société ASKLE SANTE au titre Ier de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant renouvellement d'inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique OMNISPAN de la société ETHICON SAS, division DEPUY MITEK, au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique TRUESPAN de la société ETHICON SAS, division DEPUY MITEK, au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2017) relatif à la tarification du système de réparation méniscale par voie arthroscopique TRUESPAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant renouvellement d'inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique FAST-FIX 360 de la société SMITH & NEPHEW au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant inscription du dispositif PROVOX FLEXIVOICE de la société ATOS MEDICAL SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2017) relatif à la tarification de PROVOX FLEXIVOICE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2017 (JO du 20-07-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III DYNATREK 1A600 de la société PROTEOR au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III DYNATREK 1A600 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 12-07-2017) relatif au renouvellement d'inscription des systèmes sans aiguilles pour transjection de l'hormone de croissance ZOMAJET VISION X et ZOMAJET 2 VISION visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-07-2017 (JO du 12-07-2017) portant inscription du stent retriever SOLITAIRE II de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-07-2017) relatif à la tarification du stent retriever SOLITAIRE II visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 06-07-2017 (JO du 11-07-2017) portant inscription de l'aliment diététique NEOCATE SPOON de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE au titre Ier de la LPPRV prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-07-2017) relatif à la tarification de l'aliment diététique NEOCATE SPOON visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-07-2017 (JO du 11-07-2017) portant inscription des pansements hydrocellulaires de la gamme BIATAIN SILICONE des Laboratoires COLOPLAST France au titre Ier de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-07-2017) relatif à la tarification des pansements hydrocellulaires BIATAIN SILICONE visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-07-2017 (JO du 07-07-2017) portant renouvellement d'inscription de la prothèse externe myoélectrique pour membre supérieur MYOBOCK de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 07-07-2017) relatif à la tarification de la prothèse externe myoélectrique pour membre supérieur MYOBOCK visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-07-2017 (JO du 07-07-2017) portant modification des conditions d'inscription du système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur VENTURE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 04-07-2017) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques à usage prolongé de la société MAYZAUD visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 04-07-2017) relatif au renouvellement d'inscription de la sonde urinaire SPEEDICATH COMPACT visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 04-07-2017) relatif au renouvellement d'inscription de la prothèse respiratoire pour trachéostomie réutilisable avec filtre et piège à sécrétions CYRANOSE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-07-2017 (JO du 05-07-2017) portant modification de la nomenclature relative à la pompe à insuline externe sans tubulure extérieure MYLIFE OMNIPOD de la société YPSOMED inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Juin

- Arrêté du 30-06-2017 (JO du 07-07-2017) portant radiation de produit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires aortiques SAPIEN XT+ et SAPIEN 3 de la société EDWARDS Lifesciences SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des cotyles monoblocs RM CLASSIC, RM PRESS-FIT et RM PRESSFIT VITAMYS de la société MATHYS ORTHOPEDIE S.A.S. au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires aortiques COREVALVE AOA, COREVALVE EVOLUT AOA et COREVALVE EVOLUT R de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant changement de distributeur du produit ATOPICLAIR de la société SINCLAIR PHARMA France inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant renouvellement d'inscription de ATOPICLAIR
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification de ATOPICLAIR visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription des stimulateurs cardiaques implantables simple et double chambre EDORA 8 SR-T et DR-T de la société BIOTRONIK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification des stimulateurs cardiaques implantables simple et double chambre EDORA 8 SR-T et DR-T visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription des endoprothèses coronaires (stents) à libération de biolimus A9 LUMENO ALPHA, LUMENO FLEX et LUMENO FREE de la société CARDINAL HEALTH France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires (stents) à libération de biolimus A9 LUMENO ALPHA, LUMENO FLEX et LUMENO FREE visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription de l'implant cochléaire HIRES ULTRA HIFOCUS MIDSCALA de la société ADVANCED BIONICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification de l'implant cochléaire HIRES ULTRA HIFOCUS MIDSCALA visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription de l'implant du tronc cérébral ABI 541 de la société COCHLEAR France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification de l'implant du tronc cérébral ABI 541 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription du processeur de son pour implant cochléaire et du tronc cérébral KANSO CP950 de la société COCHLEAR France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification du processeur de son pour implant cochléaire et du tronc cérébral KANSO CP950 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-06-2017 (JO du 04-07-2017) portant inscription des pieds à restitution d'énergie de classe III RUSH HIPRO et RUSH LOPRO de la société ORTHO EUROPE SARL au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III RUSH HIPRO visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04/07/2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III RUSH LOPRO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-06-2017** (JO du **30-06-2017**) portant inscription des endoprothèses coronaires (stents) à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA et BIOFREEDOM de la société BIOSENSORS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **30-06-2017**) relatif à la tarification des endoprothèses coronaires à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA et BIOFREEDOM visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-06-2017** (JO du **30-06-2017**) portant inscription du système de neurostimulation médullaire implantable rechargeable PRECISION MONTAGE MRI et des électrodes AVISTA MRI de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **30-06-2017**) relatif à la tarification du neurostimulateur médullaire implantable rechargeable PRECISION MONTAGE MRI visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-06-2017** (JO du **30-06-2017**) portant inscription du système de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP NT de la société ABBOTT France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **30-06-2017**) relatif à la tarification du système de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP NT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-06-2017** (JO du **30-06-2017**) portant inscription du ballon à élution de principe actif STELLAREX de la société SPECTRANETICS France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **30-06-2017**) relatif à la tarification du ballon à élution de principe actif STELLAREX visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-06-2017** (JOdu **30-06-2017**) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme SATURNE de la société AMPLITUDE SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **30-06-2017**) relatif à la tarification de SATURNE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **27-06-2017** (JO du **28-06-2017**) portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile PLATINUM MOBILE de la société INVACARE POIRIER SAS, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **28-06-2017**) relatif à la tarification du concentrateur portable d'oxygène de la gamme PLATINUM MOBILE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **27-06-2017** (JO du **28-06-2017**) portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile ZEN-O de la société GCE SAS, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **28-06-2017**) relatif à la tarification du concentrateur portable d'oxygène ZEN-O visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **27-06-2017** (JO du **28-06-2017**) portant changement de distributeur du concentrateur d'oxygène mobile LIFECHOICE ACTIVOX inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS, de ses prestations associées, et de ses forfaits associés du respiratoire au titre Ier de la même liste
- Avis (JO du **28-06-2017**) relatif à la tarification du concentrateur portable d'oxygène de la gamme LIFECHOICE ACTIVOX visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **22-06-2017** (JO du **27-06-2017**) portant changement de distributeur des produits de la société PHILIPS France et de la société PHILIPS France Activité Healthcare inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial, de ses prestations associées, et de ses forfaits associés du respiratoire au titre I de la même liste
- Avis (JO du **27-06-2017**) relatif à la tarification du concentrateur d'oxygène mobile SIMPLYGO MINI visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **15-06-2017** (JO du **16-06-2017**) portant modification des modalités d'inscription de certains articles de pansements et matériels de contention inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **16-06-2017**) relatif à la tarification de certains articles de pansements et matériels de contention visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **15-06-2017**) relatif à la baisse des neurostimulateurs médullaires visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **15-06-2017**) relatif à la baisse des stents nus visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **15-06-2017**) relatif à la baisse des implants cochléaires et du tronc cérébral visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du **12-06-2017** (JO du **14-06-2017**) portant inscription des coussins en mousse viscoélastique CLASSIC VISCO de la société INVACARE POIRIER SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **14-106-2017**) relatif à la tarification des coussins en mousse viscoélastique CLASSIC VISCO visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **13-06-2017**) relatif à la baisse des systèmes de stimulation cérébrale profonde visés à l'article L. 165-1 du CSS

Mai

- Avis (JO du **24-05-2017**) relatif à la tarification du pansement et de la crème à l'acide hyaluronique EFFIDIA visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **24-05-2017**) relatif au renouvellement d'inscription de la pommade à l'urée ONYSTER visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **24-05-2017**) relatif au renouvellement d'inscription du stent intracrânien auto-expansible ENTERPRISE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **24-05-2017**) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **05-05-2017** (JO **du10-05-2017**) portant inscription du dispositif de propulsion par moteur électrique ALBER VIAMOBIL V25 de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la LPRR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **10-05-2017**) relatif à la tarification du dispositif de propulsion par moteur électrique ALBER VIAMOBIL V25 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **04-05-2017** (JO du **06-05-2017**) portant inscription du ballon à élution de principe actif IN.PACT ADMIRAL de la société MEDTRONIC France au titre V de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **06-05-2017**) relatif à la tarification du ballon à élution de principe actif IN.PACT ADMIRAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **04-05-2017** (JO du **06-05-2017**) portant création du titre V dans la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS et portant inscription des stents retrievers TREVO PROVUE et TREVO XP PROVUE de la société STRYKER à ce même titre
- Avis (JO du **06-05-2017**) relatif à la tarification des stents retrievers TREVO PROVUE et TREVO XP PROVUE visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **04-05-2017** (JO du **05-05-2017**) portant modification des conditions d'inscription des pansements à l'argent et inscription des pansements à l'argent URGOCLEAN Ag des Laboratoires URGO inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **05-05-2017**) relatif à la tarification des pansements URGOCLEAN Ag visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **04-05-2017** (JO du **05-05-2017**) portant inscription du système flash d'autosurveillance du glucose FREESTYLE LIBRE de la société ABBOTT France au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **05-05-2017**) relatif à la tarification du système flash d'autosurveillance du glucose FREESTYLE LIBRE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **04-05-2017** (JO du **05-05-2017**) portant inscription de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire SYSTANE BALANCE des laboratoires ALCON S.A.S. au titre I de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **05-05-2017**) relatif à la tarification de la solution à usage ophtalmique SYSTANE BALANCE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **03-05-2017** (JO du **05-05-2017**) portant modification des conditions d'inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL XT et radiation du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **02-05-2017** (JO du **04-05-2017**) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique LOTUS EDGE de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **04-05-2017**) relatif à la tarification de la bioprothèse valvulaire aortique LOTUS EDGE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **02-05-2017** (JO du **04-05-2017**) portant inscription de l'allogreffe osseuse viro-inactivée par le procédé UTTCAL de l'Etablissement français du sang au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **04-05-2017**) relatif à la tarification de l'allogreffe osseuse viro-inactivée par le procédé UTTCAL visée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Avril

- Arrêté du **28-04-2017** (JO du **04-05-2017**) portant inscription de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK AFX2 de la société ENDOLOGIX INTERNATIONAL BV au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **04-05-2017**) relatif à la tarification de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK AFX2 visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **28-04-2017** (JO du **02-05-2017**) portant inscription des stents intracrâniens auto-expansibles LVIS et LVIS JUNIOR de la société MICROVENTION au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis relatif à la tarification de LVIS et LVIS JUNIOR visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **28-04-2017**) rectifiant l'avis relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III PRO-FLEX XC visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Arrêté du **26-04-2017** (JO du **28-04-2017**) portant inscription de la tête fémorale OXINIUM de la société SMITH et NEPHEW SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **28-04-2017**) relatif à la tarification de OXINIUM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **26-04-2017** (JO du **28-04-2017**) portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par le procédé PHOENIX de la société TBF Génie Tissulaire au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du **28-04-2017**) relatif à la tarification des allogreffes osseuses traitées par le procédé PHOENIX visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **18-04-2017** (JO du **20-04-2017**) portant modification des conditions d'inscription de NUTRAMIGEN PURAMINO de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **20-04-2017**) relatif à la tarification de NUTRAMIGEN PURAMINO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **18-04-2017** (JO du **20-04-2017**) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II TERION K2 de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **20-04-2017**) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II TERION K2 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Décision du **12-04-2017** (JO du **15-04-2017**) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de TITAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du **15-04-2017**) relatif à la tarification des stents actifs visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **12-04-2017** (JO du **14-04-2017**) portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

- Avis (JO du **11-04-2017**) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **10-04-2017** (JO du **13-04-2017**) portant inscription de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH TX2 DISSECTION PROFORM de la société COOK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **13-04-2017**) relatif à la tarification de ZENITH TX2 DISSECTION PROFORM visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **10-04-2017**(JO du **13-04-2017**) portant inscription du processeur de son BAHA 5 POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société COCHLEAR France SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **13-04-2017**) relatif à la tarification de BAHA 5 POWER visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **10-04-2017** (JO du **13-04-2017**) portant inscription de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire HYLO CONFORT des Laboratoires URSAPHARM au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **13-04-2017**) relatif à la tarification de la solution à usage ophtalmique HYLO CONFORT visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **10-04-2017** (JO du **13-04-2017**) portant inscription de l'aliment diététique NOVALAC AMINA de la société Nutrition Hygiène Santé au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **13-04-2017**) relatif à la tarification de NOVALAC AMINA visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du **07-04-2017** (JO du **12-04-2017**) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique LOTUS de la société BOSTON SCIENTIFIC au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Mars

- Avis (JO du 31-03-2017) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 30-03- 2017 (JO du 04-04-2017) relatif à l'inscription des systèmes modulaires de reconstruction massive du tibia proximal METS et au renouvellement d'inscription et à la radiation de certains systèmes modulaires de reconstruction massive du fémur de la société STANMORE IMPLANTS WORLDWIDE LIMITED au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-03-2017 (JO du 04-04-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III PRO-FLEX XC de la société OSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-04-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III PRO-FLEX XC visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 27-03-2017 (JO du 30-03-2017) portant inscription de la prothèse myoélectrique de main partielle I-DIGITS de la société TOUCH BIONICS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 30-03-2017) relatif à la tarification de I-DIGITS visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-03-2017 (JO du 29-03-2017) portant modification des conditions d'inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride THORAFLEX HYBRID de la société VASCUTEK France inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-03-2017 (JO du 29-03-2017) portant inscription du système de nébulisation à tamis VELOX de la société PARI PulmoMed SARL au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 29-03-2017) relatif à la tarification du système de nébulisation à tamis VELOX visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-03-2017 (JO du 28-03-2017) portant radiation de produits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-03-2017 (JO du 29-03-2017) portant inscription des implants de prothèses ostéo-intégrées PONTO BHX et du pilier 14 mm PONTO de la société PRODITION au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 29-03-2017) relatif à la tarification de la gamme PONTO BHX visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-03-2017 (JO du 28-03-2017) portant modification d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée d'everolimus SYNERGY de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-03-2017 (JO du 28-03-2017) portant inscription de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire HYDRIAL des Laboratoires LEURQUIN MEDIOLANUM au titre

I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 28-03-2017) relatif à la tarification de la solution à usage ophtalmique HYDRIAL visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-03-2017 (JO du 28-03-2017) portant inscription du neurostimulateur du nerf vague ASPIRE SR 106 de la société LIVANOVA France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 28-03-2017) relatif à la tarification du neurostimulateur du nerf vague ASPIRE SR 106 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-03-2017 (JO du 22-03-2017) portant modification des conditions d'inscription du genou monoaxial 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-03-2017 (JO du 22-03-2017) modifiant l'arrêté du 15 février 2017, portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIANON de la société FH ORTHOPEDICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 16-03-2017 (JO du 21-03-2017) modifiant l'arrêté du 6 mars 2017 portant inscription de l'insert XLPE et du cotyle XLPE de la société SMITH & NEPHEW SAS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-03-2017 (JO du 08-03-2017) portant inscription de l'insert XLPE et du cotyle XLPE de la société SMITH & NEPHEW SAS France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-03-2017)° relatif à la tarification des produits XLPE visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 06-03-2017 (JO du 08-03-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II PIED BREEZE de la société OKO SOLUTION SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-03-2017) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie PIED BREEZE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 07-03-2017) relatif à la baisse de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 03-03-2017 (JO du 07-03-2017) portant inscription des électrodes chirurgicales décahexapolaires SPECIFY SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 07-03-2017) relatif à la tarification de SPECIFY SURESCAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-03-2017 (JO du 07-03-2017) portant radiation des implants orthopédiques METAMYS de la société MATHYS ORTHOPEDIE inscrits au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-03-2017(JO du 07-03-2017) portant changement de distributeur des implants orthopédiques de la société MICROPORT ORTHOPEDICS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté **du** 02-03-2017 (JO du 07-03-2017) portant inscription des bandes élastiques de contention ROSIDAL K et ROSIDAL SYS, des laboratoires LOHMANN & RAUSCHER et VENOTRAIN ULCERTEC 39 et 46, de la société BAUERFEIND France SARL au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 07-03-2017) relatif à la tarification des bandes élastiques de contention ROSIDAL K et ROSIDAL SYS visées à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 07-03-2017) relatif à la tarification des bandes élastiques de contention VENOTRAIN ULCERTEC 39 et 46 visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-03-2017 (JO du 07-03-2017) portant inscription de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire HYLO CONFORT PLUS des Laboratoires URSAPHARM au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 07-03-2017) relatif à la tarification de HYLO CONFORT PLUS visé à l'article L. 165-1 du CSS

Avis JO du 03-03-2017) relatif à la baisse des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des locations hebdomadaires de lits médicaux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Février

- Arrêté du 28-02-2017 (JO du 02-03-2017) portant changement de distributeur des endoprothèses aortiques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société ABS BOSTON MEDICAL inscrites au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-02-2017(JO du 02-03-2017) modifiant l'arrêté du 19 janvier 2017 portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la prothèse totale du disque lombaire MOBIDISC de la société LDR Médical au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 20-02-2017 (JO du 23-02-2017) portant inscription des matelas NOVA FORM et VITA FORM 4 de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 23-02-2017) relatif à la tarification des matelas NOVA FORM et VITA FORM 4 visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 22-02-2017) relatif à la tarification des pansements IALUSET visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 17-02-2017 (JO du 21-02-2017) portant radiation de produits au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 17-02-2017(JO du 21-02-2017) portant inscription de l'ancre méniscale SPEEDCINCH de la société ARTHREX SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 21-02-2017) relatif à la tarification de SPEEDCINCH visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 17-02-2017(JO du 21-02-2017) portant inscription de l'aliment diététique à des fins médicales spéciales PROTIBIS de la société SOLIDAGES au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-- Avis (JO du 21-02-2017) relatif à la tarification de l'aliment diététique à des fins médicales spéciales PROTIBIS visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 16-02-2017 (JO du 21-02-2017) portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé ADLER de la société ADLER ORTHO France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
-Avis (JO du 21-02-2017) relatif à la tarification de l'insert ADLER visé à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 16-02-2017 (JO du du 21-02-2017) relatif à la modification d'inscription du surmatelas VISCO-TOPI de la société RECTICEL SAS inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-02-2017 (JO du 17-02-2017) portant inscription du système de stimulation cérébrale profonde non rechargeable INFINITY de la Société ST JUDE MEDICAL France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 CSS
- Avis (JO du 17-02-2017) relatif à la tarification du système implantable de stimulation cérébrale profonde non rechargeable INFINITY visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15 -02-2017 (JO du 17-02-2017) portant inscription du processeur de son pour implant cochléaire NAIDA CIQ90 de la société ADVANCED BIONICS SARL au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 17-02-2017) relatif à la tarification de NAIDA CIQ90 visé à l'article L. 165-1 du CSS

Arrêté du 15-02-2017 (JO du 17-02-2017) portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIANON de la société FH ORTHOPEDICS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-02-2017) relatif à la tarification de TRIANON visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-02-2017 (JO du 16-02-2017) portant inscription de SIR-SPHERES de la société SIRTEX MEDICAL EUROPE GmbH au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 14-02-2017(JO du 17-02-2017) portant inscription du substitut osseux synthétique injectable CALCIBON INJECT de la société BIOMET France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-02-2017) relatif à la tarification de CALCIBON INJECT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-02-2017 (JO du 16-02-2017) portant modification des conditions d'inscription du processeur SONNET de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL) inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 14-02- 2017 (JO du 16-02-2017) portant inscription de SIR-SPHERES de la société SIRTEX MEDICAL EUROPE GmbH au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
-Avis (JO du 16-02-2017) relatif à la tarification de SIR-SPHERES visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-02-2017 (JO du 15-02-2017) portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription du stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4 de la société SYNAPSE BIOMEDICAL EUROPE inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-02-2017 (JO du 15-02-2017) portant radiation du stent PRO-KINETIC de la société BIOTRONIK France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-02-2017 (JO du 14-02-2017) portant radiation de produits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Avis (JO du 03-02-2017) relatif à la tarification des produits des gammes PIPELINE, ONYX, SOLITAIRE et PROTÉGÉ RX de la société MEDTRONIC France SAS visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-02-2017 (JO du 03-02-2017) modifiant l'arrêté du 5 janvier 2017 portant inscription du stent intracrânien auto-expansible NEUROFORM ATLAS de la société STRYKER France SAS et du stent intracrânien auto-expansible ENTERPRISE 2 de la société ETHICON SAS, Division CODMAN et du renouvellement d'inscription des stents intracrâniens auto-expansibles NEUROFORM EZ 3 et NEUROFORM 3 de la société STRYKER France SAS inscrits au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Janvier

-Arrêté du 31-01- 2017 (JO du 03-02-2017) portant changement de distributeur des produits de la société COVIDIEN inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 30-01-2017 (JO du 02-02-2017) portant renouvellement d'inscription et suppression de références de la prothèse totale de la hanche CONSERVE PLUS de la société MICROPORT ORTHOPEDICS au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 30-01-2017 (JO du 02-02-2017) modifiant l'arrêté du 30 novembre 2016 portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II BALANCE FOOT J de la société ÖSSUR EUROPE BV au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 30-01-2017 (JO du 02-02-2017) portant changement de distributeur de la société SORIN GROUP France et de la société Cyberonics Europe BVBA pour SMARTVIEW, NeuroCybernetic Prothesis (NCP), DEMIPULSE et les électrodes VNS bipolaire, PerenniaDURA et PerenniaFLEX ; et les radiations des stimulateurs cardiaques triple chambre TALENT 3 MSP, TALENT MSP 313 et NEWLIVING CHF inscrits au titre III de la LLPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis relatif (JO du 02-02-2017) aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système de télésurveillance pour défibrillateurs SMARTVIEW, des neurostimulateurs du nerf vague gauche NCP et DEMIPULSE et des électrodes VNS et PERENNIA de la société LIVANOVA France SAS visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-01-2017 (JO du 01-02-2017) portant inscription du pansement interface MEPITEL ONE et du renouvellement d'inscription du pansement interface MEPITEL de la société

MÖLNLYCKE HEALTH CARE SAS inscrit au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-02-2017) relatif à la tarification de MEPITEL et MEPITEL ONE visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-01-2017 (JO du 01-02-2017) portant inscription de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire OPTIVE FUSION de la société ALLERGAN France SAS au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-02-2017) relatif à la tarification de la solution pour traitement de la sécheresse oculaire OPTIVE FUSION visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 27-01-2017 (JO du 03-02-2017) portant inscription de VERCISE PC et VERCISE CARTESIA et modification des conditions d'inscription des électrodes et de l'extension VERCISE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 03-02-2017) relatif à la tarification de VERCISE PC et VERCISE CARTESIA visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 27-01-2017 (JO du 01-02-2017) retirant l'arrêté du 6 janvier 2017 portant inscription de la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-02-2017) retirant l'avis de tarification de EMBLEM S-ICD visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 27-01-2017 (JO du 31-01-2017) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe I AERIS K2 de la société OKO SOLUTION SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 31-01-2017) relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe I AERIS K2 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 27-01-2017(JO du 31-01-2017) portant modification de la date de fin de prise en charge des stents LEO + et LEO + sur mesure de la société BALT inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-01-2017 (JO du 31/01/2017) portant changement de distributeur des coussins VISCOLUX STANDARD, VISCOLUX TECHNIQUE, PREVENTIX, des matelas CARPLOT, MAT BASIC, PREVENTIX MAT 5, CARGUMIXT et des surmatelas CAIRFLOW PM100A et CARGUM de la société CARPENTER inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-01-2017 (JO du 25-01-2017) modifiant l'arrêté du 18 janvier 2017 portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des pansements interface URGOTUL et URGOTUL DUO des Laboratoires URGO inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-01-2017 (JO du 24-01-2017) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la prothèse totale du disque lombaire MOBIDISC de la société LDR Médical au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 24-01-2017) relatif à la tarification de la prothèse totale du disque lombaire visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-01-2017 (JO du 24-01-2017) modifiant l'arrêté du 16 janvier 2017 portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé PLASMAFIT VITELENE de la société B BRAUN MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 19-01-2017) relatif à la tarification des pansements URGOTUL et URGOTUL DUO visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 18-01-2017(JO du 19-01-2017) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription des pansements interface URGOTUL et URGOTUL DUO des Laboratoires URGO inscrits au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 19-01-2017) relatif à la tarification des pansements URGOTUL et URGOTUL DUO visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 16-01-2017 (JO du 18-01-2017) portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé PLASMAFIT VITELENE de la société B BRAUN MEDICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 18-01-2017) relatif à la tarification de PLASMAFIT VITELENE visé à l'article L. 165-1 CSS

-Avis (JO du 17-01-2017)relatif à la fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) de certains forfaits hebdomadaires correspondants à l'association du forfait 9.4 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil) et d'un forfait de l'insuffisance respiratoire de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 17-01-2017) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du lecteur de glycémie et du set d'auto-surveillance de la glycémie inscrits sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 10-01-2017 (JO du 12-01-2017) portant inscription des systèmes modulaires de reconstruction massive de la hanche, du genou, de l'épaule MUTARS de la société IMPLANTCAST GmbH au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-01-2017) relatif à la tarification des systèmes modulaires de reconstruction massive de la hanche, du genou, de l'épaule MUTARS visés à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 06-01-2017 (JO du 10-01-2017) portant inscription de la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 10-01-2017) relatif à la tarification de EMBLEM visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 05-01-2017 (JO du 10-01-2017) portant inscription du stent intracrânien auto-expansible NEUROFORM ATLAS de la société STRYKER France SAS et du stent intracrânien auto-expansible ENTERPRISE 2 de la société ETHICON SAS, Division CODMAN et du renouvellement d'inscription des stents intracrâniens auto-expansibles NEUROFORM EZ 3 et NEUROFORM 3 de la société STRYKER France SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-01-2017) relatif à la tarification des stents intracrânien auto-expansible NEUROFORM ATLAS et ENTREPRISE 2 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 05-01-2017 (JO du 10-01-2017) portant changement de distributeur de l'implant urétéral DEFLUX de la société OCEANA THERAPEUTICS Ltd inscrit au titre III de la LPRR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-01-2017) relatif à la tarification de l'implant urétéral DEFLUX visé à l'article L. 165-1 du CSS

2016

Décembre

- Décision du 21-12-2016 (JO du 10-01-2017) fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de certains implants orthopédiques inscrits à la section 3, chapitre 1er, titre III, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-12-2016 (JO du 23-12-2016) portant renouvellement et modification d'inscription du système de nébulisation pneumatique constitué du compresseur PARI BOY MOBILE S et du nébulisateur LC SPRINT de la société PARI PULMOMED SAS inscrit au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 15-12-2016) relatif à la tarification de certains pansements visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 16-12-2016) relatif au renouvellement d'inscription de la prothèse respiratoire PROVOX HME de la société ATOS MEDICAL SAS visée à l'article L.165-1 du CSS

- Arrêté du 14-12-2016 (JO du 16-12-2016) portant renouvellement d'inscription, modification d'inscription et changement de distributeur de la prothèse totale de la hanche BHR de la société SMITH & NEPHEW ORTHOPEDICS France SAS inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-12-2016 (JO du 16-12-2016) modifiant l'arrêté du 3 novembre 2016 relatif au changement de distributeur et à la modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par le procédé TUTOPLAST de la société TUTOGEN MEDICAL inscrites au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 14-12-2016) relatif à la tarification des implants cochléaires, des implants du tronc cérébral et des processeurs des systèmes d'implants de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft mbH visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 14-12-2016) relatif à la tarification de l'endoprothèse veineuse WALLSTENT visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-12-2016 (JO du 14-12-2016) portant changement de distributeur des implants cochléaires, des implants du tronc cérébral et des processeurs des systèmes d'implants de la société VIBRANT MED-EL Hearing Technology inscrits sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-12-2016 (JO du 14-12-2016) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse veineuse WALLSTENT de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-12-2016) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de carbure de silicium PRO-KINETIC ENERGY de la société BIOTRONIK France visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-12-2016) relatif au renouvellement d'inscription de la nutrition entérale PEPTAMEN JUNIOR de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France visée à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-12-2016) relatif à la tarification de PEPTAMEN JUNIOR visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 09-12-2016) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie AERIS SOLUTION visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-12-2016 (JO du 09-12-2016) portant inscription du système de clip percutané pour valve mitrale MITRACLIP de la société ABBOTT France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-12-2016) relatif à la tarification de MITRACLIP visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-12-2016 (JO du 09-12-2016) portant radiation de la prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société INTEGRA LifeSciences Services France au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-12-2016 (JO du 09-12-2016) portant inscription du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche WATCHMAN FLX de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-12-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du dispositif de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche WATCHMAN FLX visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-12-2016 (JO du 08-12-2016) portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK LV et radiation du ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK de la société TEKNIMED inscrits au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-12-2016) relatif à la tarification de CEMENTEK LV visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-12-2016 (JO du 08-12-2016) portant inscription du système implantable non rechargeable de neurostimulation médullaire PROCLAIM de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-12-2016) relatif à la tarification du neurostimulateur médullaire PROCLAIM visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-12-2016 (JO du 09-12-2016) portant inscription de l'endoprothèse coronaire à libération contrôlée de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de la société BIOSENSORS France SAS inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 09-12-2016) relatif à la tarification de l'endoprothèse coronaire à libération contrôlée de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 06-12-2016) relatif à la tarification des pansements ALGOSTERIL visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02-12-2016 (JO du 06-12-2016) portant inscription du revêtement de protection pour prothèse tibiale AQUALEG de la société AQUALEG SAS au titre II de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-12-2016) relatif à la tarification du revêtement de protection pour prothèse tibiale AQUALEG visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-12- 2016 (JO du 06-12-2016) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme RESTORATION ADM X3 de la société STRYKER France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-12-2016) relatif à la tarification des cotyles à insert à double mobilité RESTORATION ADM X3 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-12-2016 (JO du 06-12-2016) portant renouvellement d'inscription et radiation de certain conditionnement des pansements ALGOSTERIL des Laboratoires BROTHIER

inscrits au titre Ier de LPPRprévue à l'article L. 165-1 du CSS

Novembre

- Arrêté du 30-11-2016 (JO du 06-12-2016) portant modification des conditions d'inscription de ACTIVA RC de la société MEDTRONIC France SAS et de VERCISE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-11-2016 (JO du 06-12-2016) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III AERIS SOLUTION de la société OKO SOLUTION SAS au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-12-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie AERIS SOLUTION visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-11-2016 (JO du 06-12-2016) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II, BALANCE FOOT J de la société ÖSSUR EUROPE BV, au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-12-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie BALANCE FOOT J visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-11-2016 (JO du 06-12-2016) portant radiation des matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres de la société HILL-ROM SAS, de la société PRAXIS MEDICAL TECHNOLOGIES, de la société HUNTLEIGH-HEALTHCARE et de la société ANNIE BAUER CONFORT inscrits au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 30-11-2016 (JO du 06-12-2016) portant renouvellement d'inscription de l'ancre méniscale MENISCAL CINCH de la société ARTHREX SAS inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 16-11-2016 (JO du 22-11-2016) portant inscription des endoprothèses à libération de principe actif PROMUS PREMIER MONORAIL BTK et PROMUS PREMIER OVER THE WIRE BTK de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 22-11-2016) relatif à la tarification de PROMUS PREMIER MONORAIL BTK et PROMUS PREMIER OTW BTK visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-11-2016 (JO du 22-11-2016) portant modification des conditions d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre au chapitre 4 du titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 10-11-2016 (JO du 17-11-2016) portant renouvellement de l'inscription et modification des conditions d'inscription de l'allogreffe osseuse viro-inactivée par le procédé OSTEOPURE de la société OST DEVELOPPEMENT SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 15-11-2016) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant sphinctérien périuréthral hydraulique AMS 800 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 15-11-2016) relatif au renouvellement d'inscription de l'allogreffe de veine saphène non cryoconservée BIOPROTEC visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 15-11-2016) relatif au renouvellement d'inscription de la nutrition entérale FRESUBIN de la société FRESENIUS KABI France SA visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 15-11-2016) relatif au renouvellement d'inscription des prothèses totales de cheville SALTO et SALTO TALARIS visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-11-2016) relatif au renouvellement d'inscription des pansements à base d'acide hyaluronique IALUSET visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Décision du 09 -11- 2016 (JO du 25-11-2016) fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des matelas TRAMIPLEX de la société HOWA TRAMICO visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-11-2016 (JO du 08-11-2016) portant inscription des orthèses suro-pédieuses dynamiques à restitution d'énergie en matériaux composites OSDREMC au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-11-2016) relatif à la tarification de l'orthèse suro-pédieuse OSDREMC visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-11-2016 (JO du 08-11-2016) portant inscription des substituts osseux bovins viro-inactivés TUTOBONE de la société RTI SURGICAL au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-11-2016) relatif à la tarification des greffons osseux viro-inactivés TUTOPLAST et greffons osseux de RTI SURGICAL visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-11-2016 (JO du 08-11-2016) relatif au changement de distributeur et à la modification des conditions d'inscription des allogreffes osseuses viro-inactivées par le procédé TUTOPLAST de la société TUTOGEN MEDICAL inscrites au titre III sur la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

- Avis (JO du 26-10-2016) modifiant l'avis relatif à la baisse de certains produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-10-2016 (JO du 25-10-2016) portant changement de distributeur et modification des références des implants vasculaires de la société SHELHIGH INC inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 25-10-2016) relatif à la tarification des implants vasculaires NRPC-PORCIN et NRAC-PORCIN visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-10-2016 (JO du 25-10-2016) portant modification des modalités de prise en charge des orthèses d'avancée mandibulaire au chapitre 4 du titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 21-10-2016) relatif à la baisse de certains produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-10-2016 (JO du 11-10-2016) portant changement de distributeur pour le comblement NEW-FILL de la société SINCLAIR PHARMA France inscrit au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-10-2016) relatif à la tarification de NEW FILL visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-10-2016 (JO du 11-10-2016) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des coussins en mousse viscoélastique SYST'AM P 361 C, CP et CA de la société SYST'AM au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-10-2016 (JO du 11-10-2016) portant inscription du substitut osseux BIO 1 QUICK SET de la société SBM SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-10-2016) relatif à la tarification du substitut osseux BIO 1 QUICK SET visé à l'article L. 165-1 du CSS

Septembre

- Arrêté du 23-09-2016 (JO du 28-09-2016) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des prothèses totales du disque lombaire PRODISC L et O de la société DEPUY France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 28-09-2016) relatif à la tarification des prothèses totales du disque lombaire PRODISC L et O visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant inscription des cotyles à insert à double mobilité de la gamme AVANTAGE de la société BIOMET SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-09-2016) relatif à la tarification de la gamme AVANTAGE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant inscription des os longs et fragments osseux cryoconservés de la société Ostéobanque d'Auvergne au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-09-2016) relatif à la tarification des os longs et fragments osseux cryoconservés visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant ajout de références de monocorps bifurqués aortobifémoral à la gamme d'endoprothèses aortiques abdominales POWERLINK AFX de la société ENDOLOGIX inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant renouvellement d'inscription et changement de distributeur du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE II V2 de la société THORATEC EUROPE LIMITED inscrit aux titres Ier et III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 27-09-2016) relatif à la tarification des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique HEARTMATE II et HEARTMATE II V2 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant inscription de la solution de chlorure de sodium pour nébulisation SALITOL 7 % de la société PARI PULMOMED au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-09-2016 (JO du 27-09-2016) portant inscription du système de nébulisateur comprenant le compresseur ATOMISOR DJINN AJ associé au nébulisateur ATOMISOR NL9M de la société DTF MEDICAL au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 08-09-2016 (JO du 13-09-2016) relatif à l'inscription de la prothèse ostéo-intégrée BAHA 5 de la société COCHLEAR France SAS au titre II de la LPPR et à l'ajout des références BIA400 (pilier et implant) et BA400 (pilier seul) pour la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-09-2016) relatif à la tarification de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA 5 visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 08-09 2016 (JO du 13-09-2016) portant inscription de NUTRAMIGEN PURAMINO de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-09-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de NUTRAMIGEN PURAMINO visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-09-2016 (JO du 17-09-2016) portant inscription de la solution stérile pour usage ophtalmique topique THEALOSE des laboratoires THEA France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS (rectificatif)

- Arrêté du 07-09-2016 (JO du 13-09-2016) portant inscription de la solution stérile pour usage ophtalmique topique THEALOSE des laboratoires THEA France au titre I de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-09-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de THEALOSE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 05-09-2016 **(**JO du 08-09-2016**)** portant inscription, renouvellement d'inscription et radiation d'implants de la prothèse totale de la cheville STAR de la société STRYKER SPINE au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-09-2016) relatif à la tarification de la prothèse totale de la cheville STAR visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-09-2016 (JO du 08-09-2016) portant modification des conditions d'inscription des sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage urinaire au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-09-2016 (JO du 08-09-2016) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des coussins en mousse viscoélastique ALOVA GALBE standard de la société ASKLE SANTE au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Août

- Arrêté du 29-08-2016 (JO du 01-09-2016) portant inscription du neurostimulateur médullaire PRECISION NOVI de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPPR

prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 01-09-2016) relatif à la tarification du neurostimulateur médullaire PRECISION NOVI visé à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

- Avis (JO du 27-07-2016) relatif à la tarification de l'électrode pour autocontrôle de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM béta CETONE de la société ABBOTT France visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 22-07- 2016 (JO du 27-07-2016) portant renouvellement de l'inscription et modification des conditions d'inscription de l'allogreffe osseuse viro-inactivée par le procédé SUPERCRIT de la société BIOBANK au titre III de LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 21-07- 2016 (JO du 27-07-2016) portant modification d'inscription du pied à restitution d'énergie de classe II ADJUST 1M10 et radiation du pied à restitution d'énergie de classe II SPRINGLITE ADVANTAGE de la société OTTO BOCK France au titre II de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-07-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie ADJUST 1M10 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 26-07-2016) modifiant l'avis relatif à la fixation des prix de cession, des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des pansements anatomiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-07-2016 JO du (21-07-2016) portant inscription du pansement interface siliconé non adhérent ADAPTIC TOUCH du laboratoire KCI Medical au titre Ier de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 21-07-2016) relatif à la tarification du pansement interface siliconé non adhérent ADAPTIC TOUCH visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 21-07-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des implants osseux BIOCORAL-CORAIL et de l'obturateur BIOCORAL visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19 -07- 2016 (JO du 21-07-2016) portant changement de distributeur des implants osseux BIOCORAL-CORAIL de la société INOTEB et de l'obturateur BIOCORAL de la société BIOCORAL France inscrits au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2016 (JO du 23-07-2016) portant modification des modalités de prise en charge de l'endoprothèse coronaire à libération de sirolimus ORSIRO de la société BIOTRONIK France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 CSS

- Arrêté du 18-07- 2016 (JO du 21-07-2016) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse périphérique à libération de principe actif (paclitaxel) ZILVER PTX de la société COOK France inscrite au titre III de la LPRR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2016 (JO du 20-07-2016) relatif à l'ajout des références des défibrillateurs cardiaques implantables triple chambre IPERIA 7 HF-T ProMRI associés au système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2016 (JO du 20-07-2016) portant inscription de l'implant cochléaire NUCLEUS CI522 de la société Cochlear France SAS au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de NUCLEUS CI522 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07- 2016 (JO du 18-07-2016) portant inscription de l'endoprothèse coronaire à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de la société TRANSLUMINA GmbH au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 18-07-2016 (JO du 20-07-2016) portant inscription de l'extension aortique POWERLINK AFX VELA pour endoprothèses aortiques abdominales POWERLINK et POWERLINK AFX de la société ENDOLOGIX inscrite au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 20-07-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique abdominale visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 13-07-2016) relatif à la baisse de tarifs et prix limites de vente au public en euros TTC de l'oxygénothérapie à long terme et de ses forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 08-07-2016 (JO du 14-07-2016) portant modification des conditions d'inscription des pansements dits anatomiques et relatif au pansement URGOSTART au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14/07/2016) relatif à la fixation des prix de cession, des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des pansements anatomiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 10-07-2016) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) à libération de biolimus NOBORI des laboratoires TERUMO France SA visée à l'article L. 165-1 du CSS

Juin

- Arrêté du 20-06-2016 (JO du 23-06-2016) rectifiant l'arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses mammaires externes au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

- Arrêté du 16-06-2016 (JO du 21-06-2016) portant modification des modalités de prise en charge des pompes à insuline externes, portables et programmables visées au titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 16-06- 2016 (JO du 21-06-2016) portant inscription du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche AMPLATZER CARDIAC PLUG de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au titre III de LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 16 -06-2016 (JO du 21-06-2016) portant inscription du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche AMPLATZER AMULET de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 21-06-2016)relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des dispositifs de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche AMPLATZER CARDIAC PLUG et AMPLATZER AMULET visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

- Arrêté du 16-06-2016 (JO du 21-06-2016) portant inscription du dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche WATCHMAN de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 21-06-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du dispositif de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche WATCHMAN visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 08 -06-2016 (JO du 15-06-2016) rectifiant l'arrêté du 20 avril 2016 portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH FENESTRATED de la société COOK France sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 08-06-2016 (JO du 15-06-2016) rectifiant l'arrêté du 4 mai 2016 portant inscription de l'implant d'embolisation artérielle à largage contrôlé dit flow diverter SURPASS et SURPASS STREAMLINE de la société STRYKER France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Mai

- Arrêté du 04-05-2016 (JO du 11-05-2016) portant inscription de l'implant d'embolisation artérielle à largage contrôlé dit flow diverter SURPASS et SURPASS STREAMLINE de la société STRYKER France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-05-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de SURPASS et SURPASS STREAMLINE visés à l'article L. 165-1 du CSS

Avril

- Arrêté du 28-04-2016 (JO du 29-04-2016) rectifiant l'arrêté du 12 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-04-2016 (JO du 30-04-2016) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH FENESTRATED de la société COOK France inscrites sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 20-04-2016 (JO du 27-04-2016) portant modification des modalités d'inscription et de radiation de certaines compresses et coton inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
-Avis (JO du 27-07-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de certaines compresses visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-04- 2016 (JO du 16-04-2016) portant modification des conditions d'inscription des dispositifs médicaux de nutrition parentérale à domicile et prestations associées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-04-2016 (JO du 16-04-2016) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 16-04-2016) relatif aux tarifs et des prix limites de ventes (PLV) au public en euros TTC des dispositifs médicaux et prestations associées pour la perfusion à domicile et de la prestation d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-04-2016 (JO du 12-04-2016) portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS
- Avis (JO du 12-04-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des prothèses mammaires externes visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 04-04-2016 (JO du 06-04-2016) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe II, TERION de la société OTTO BOCK France, au titre II de LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 06-04-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie TERION visé à l'article L. 165-1 du CSS

Mars

- Arrêté du 15-03- 2016 (JO du 18-03-2016) portant prolongation de la prise en charge des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-03- 2016 (JO du 16-03-2016) portant radiation du stent TITAN 2 de la société HEXACATH France au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-03-2016 (JO du 16-03-2016) modifiant l'arrêté du 1er février 2016 portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III DYNADAPT de la société FREEDOM INNOVATIONS Europe BV au titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-03-2016 (JO du -03-2016) portant modification des modalités d'inscription de certains pansements inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 11-03-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des certains pansements visés à l'article L. 165-1 du CSS

Février

- Arrêté du 19-02-2016 (JO du 04-03-2016) portant inscription des implants cochléaires SYNCHRONY et SYNCHRONY PIN, des implants du tronc cérébral SYNCHRONY ABI et SYNCHRONY PIN ABI et des processeurs SONNET et SONNET EAS de la société Vibrant MED-EL Hearing Technology au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 04-03-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des implants cochléaires SYNCHRONY et SYNCHRONY PIN, des implants du tronc cérébral SYNCHRONY ABI et SYNCHRONY PIN ABI et des processeurs SONNET et SONNET EAS de la société Vibrant MED-EL Hearing Technology visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-02-2016 (JO du 02-03-2016) relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales MODULEN IBD, PEPTAMEN JUNIOR, PEPTAMEN, PEPTAMEN HN, ORAL IMPACT et IMPACT ENTERAL de la société Nestlé Clinical Nutrition France inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

-Décision du 19-02-2016 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en € TTC de certains implants orthopédiques visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-02-2016 (JO du 26-02-2016) portant radiation de produits de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 19-02-2016 (JO du 23-02-2016) portant inscription de la pompe à insuline externe sans tubulure extérieure MYLIFE OMNIPOD de la société YPSOMED SAS au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 23-02-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de MYLIFE OMNIPOD visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-02-2016 (JO du 04-02-2016) portant inscription du jambage ZENITH ALPHA SPIRAL-Z pour l'endoprothèse aortique abdominale de la gamme ZENITH de la société COOK France, inscrite au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-02-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du jambage pour l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH ALPHA SPIRAL-Z visée à l'article L. 165-1 du CSS

-Arrêté du 01-02- 2016 (JO du 03-02-2016) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III DYNADAPT de la société FREEDOM INNOVATIONS Europe BV au titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 03-02-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie DYNADAPT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-02-2016 (JO du 03-02-2016) portant inscription du corps bifurqué pour endoprothèse aortique ENDURANT Iis de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 04-02-2016) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du corps bifurqué pour endoprothèse aortique abdominale ENDURANT Iis visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-02-2016 (JO du 03-02-2016) portant changement de distributeur des coussins et du matelas de la société DARULIFT et modification des conditions d'inscription du matelas de la société SA HERDEGEN inscrits au titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 01-02-2016 (JO du 03-02-2016) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-02-2016 (JO du 03-02-2016) portant inscription du dispositif d'assistance électrique à la propulsion ALBER TWION et renouvellement d'inscription du dispositif d'assistance électrique à la propulsion ALBER E MOTION de la société INVACARE POIRIER S.A.S. au titre IV de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-02- 2016 (JO du 03-02-2016) relatif au changement de distributeur des surmatelas DECUBIFLOW 100 et SANIFLOW 2 de la société AKS France inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Avis (JO du 29-01-2016) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des concentrateurs d'oxygène mobiles INOGEN ONE G2 et INOGEN ONE G3 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-01-2016 (JO du 03-02-2016) portant inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre », QUADRA ALLURE MP RF et radiation des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation FRONTIER II et ANTHEM de la société ST JUDE MEDICAL France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-01- 2016 (JO du 02-02-2016) portant inscription du système BAHA ATTRACT de la société COCHLEAR France SAS aux titres II et III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 02-02-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de BAHA ATTRACT visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 28-01-2016 (JO du 02-02-2016) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification des conditions d'inscription de la pompe implantable pour administration d'insuline par voie intra-péritonéale MINIMED 2007D de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du **02-02-2016**) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la pompe implantable pour administration d'insuline MINIMED 2007D visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 15/01/2016 (JO du 19-01/2016) relatif au changement de distributeur des concentrateurs d'oxygène mobiles INOGEN ONE G2 et INOGEN ONE G3 de la société SCALEO MEDICAL inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29/01/2016) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des concentrateurs d'oxygène mobiles INOGEN ONE G2 et INOGEN ONE G3 visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 13-01-2016 (JO du 15-01-2016) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de sirolimus ULTIMASTER de la société TERUMO France SA au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 15-01-2016) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus ULTIMASTER visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-01-2016 (JO du 15-01-2016) portant radiation de systèmes de nébulisation Atomisor de la société Diffusion technique française inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-01 2016 (JO du 15-01-2016) portant modification des conditions d'inscription du système d'autosurveillance de la glycémie Accu-Chek Mobile de la société Roche Diabetes Care France au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 7-01-2016 (JO du 15-01-2016) portant radiation de produits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

2015

Décembre

- Arrêté du 15-12-2015 (JO du 18-12-2015) relatif à l'ajout de la référence du défibrillateur cardiaque implantable triple chambre IPERIA 7 HF-T QP associé au système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-12-2015 (JO du 18-12-2015) portant inscription de l'endoprothèse coronaire à libération d'everolimus SYNERGY et renouvellement de l'endoprothèse coronaire à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 18-12-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stent coronaire SYNERGY visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-12-2015 (JO du 18-12-2015) portant inscription d'inserts de diamètre interne de 22 mm et de 32 à 44 mm, modification des conditions d'inscription et radiation de deux références internes de 28 mm des inserts en polyéthylène TRIDENT X3 de la société STRYKER France SAS au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 18-12-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'insert TRIDENT X3 visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 03-12- 2015 (JO du 08-12-2015) portant inscription de la solution pour usage ophtalmique SYSTANE ULTRA des laboratoires ALCON SAS au titre Ier de LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 08-12-2015) relatif aux tarifs et au prix limite de vente au public en euros TTC de la solution pour usage ophtalmique SYSTANE ULTRA visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15 -12-2015 (JO du 17-12-2015) portant extension d'indications de la gamme des bioprothèses valvulaires aortiques SAPIEN et radiation de SAPIEN XT (ASCENDRA ou ASCENDRA 2) de la société EDWARDS Lifesciences SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-12-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire aortique COREVALVE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-12-2015 (JO du 17-12-2015) portant extension d'indications de la gamme des bioprothèses valvulaires aortiques COREVALVE, inscription de nouvelles tailles et radiation d'une valve de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 17-12-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire aortique COREVALVE visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 14-12-2015 (JO du 16-12-2015) fixant les nouvelles durées d'inscription applicables aux descriptions génériques figurant sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 02 -12-2015 (JO du 04-12-2015) portant radiation des neurostimulateurs implantables RESTORE et ITREL 3 de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Novembre

- Arrêté du 27-11-2015 (JO du 03-12-2015) portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III DURALITE de la société ORTHO EUROPE SARL au titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du **03-12-2015**) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie DURALITE visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 26-11-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

- Avis (JO du 18-11-2015) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de KETOCAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 05-11-2015 (JO du 13-11-2015) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY, portant inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus RESOLUTE ONYX et radiation des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de zotarolimus ENDEAVOR et ENDEAVOR SPRINT de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 05-11-2015 (JO du 13-11-2015) portant inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE ALPINE de la société ABBOTT France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 5-11-2015 (JO du 13-11-2015) portant inscription des sondes autolubrifiées compactes pour sondage vésical intermittent SPEEDICATH COMPACT des laboratoires COLOPLAST au titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11- 2015 (JO du 10-11-2015) portant renouvellement d'inscription des endoprothèses artérielles périphériques auto-expansibles XPERT et XPERT PRO de la société ABBOTT France au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) relatif à l'ajout des références des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre IPERIA 7 VR-T et double chambre IPERIA 7 DR-T

associés au système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) portant radiation de produit au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) portant renouvellement d'inscription et modifications des conditions d'inscription des neurostimulateurs médullaires PRIMEADVANCED et PRIMEADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) portant inscription du système implantable rechargeable de neurostimulation médullaire PRECISION SPECTRA et des sondes COVEREDGE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPP remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-11-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système implantable rechargeable de neurostimulation médullaire PRECISION SPECTRA visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) portant radiation des stimulateurs KINETRA et SOLETRA et de leurs télécommandes, renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des systèmes de stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC et ACTIVA PC et renouvellement du système de stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC de la société MEDTRONIC France SAS sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06-11-2015 (JO du 10-11-2015) portant renouvellement d'inscription de NEOCATE et NEOCATE ADVANCE, modification des conditions d'inscription de NEOCATE ADVANCE et inscription de NEOCATE ACTIVE et de KETOCAL de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-11-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de NEOCATE ADVANCE aromatisé, NEOCATE ADVANCE en boîte et NEOCATE ACTIVE visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-11-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de KETOCAL visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 06 -11-2015 (JO du 10-11-2015) portant inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » VISIONIST de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 10-11-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque implantable dit « triple chambre » VISIONIST visé à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

- Arrêté du 23-10-2015 portant radiation du collecteur de matières fécales ou d'obturateur de stomie inscrit au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 23 -10-2015 (JO du 27-10-2015) portant inscription de la bioprothèse valvulaire aortique COREVALVE EVOLUT R de la société MEDTRONIC France SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 27-10-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire aortique COREVALVE EVOLUT R visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 16-10-2015) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 16-10-2015) relatif au renouvellement d'inscription des endoprothèses coronaires enrobées d'everolimus XIENCE V, XIENCE PRIME et XIENCE XPEDITION visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Décision du 13-10-2015 fixant le tarif en euros TTC du tissu pour support et couchage pour photothérapie visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 12-10-2015 (JO du 15-10-2015) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse artérielle périphérique INPERIA ADVANCE CARBOSTENT de la société CID SPA au titre III de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du CSS

Septembre

- Avis (JO du 29-09-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de certaines compresses visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 22-09-2015) portant renouvellement d'inscription du système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit FLOW COLLECTOR de la société B BRAUN Medical SAS visé à l'article L. 165-1 du CSS.

− Arrêté du 2-09-2015 (JO du 8-09-2015) portant renouvellement d'inscription de l'obturateur anal PERISTEEN OBTAL des laboratoires COLOPLAST France au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 8-09-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'obturateur anal PERISTEEN OBTAL visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Août

− Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) portant modification des conditions d'inscription des endoprothèses carotidiennes auto-expansibles inscrites au titre III de LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

− Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) portant radiation d'implants cochléaires et du tronc cérébral, suppression de certaines références de processeurs et renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires CONCERTO et CONCERTO PIN et d'implants du tronc cérébral CONCERTO ABI et CONCERTO PIN ABI et des processeurs associés de la société VIBRANT MED-EL Hearing Technologie au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) portant radiation de l'endoprothèse aortique thoracique TAG de la société W. L. GORE & Associés au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) portant renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique CONFORMABLE TAG de la société W. L. GORE & Associés au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

− Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) relatif au renouvellement d'inscription puis à l'ajout et suppression de certaines références et la radiation de codes du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR UniVAD et EXCOR BiVAD de la société BERLIN HEART GmbH inscrit aux titres Ier et III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-08-2015 (JO du 01-09-2015) portant modification du référencement interne des défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre INTENSIA et PARADYM RF de la société SORIN GROUP pour le système de télésurveillance SMARTVIEW inscrit au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 24-07-2015 (JO du 29-07-2015) relatif à l'inscription d'allogreffes osseuses viro-inactivées par le procédé TUTOPLAST de la société TUTOGEN MEDICAL au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des allogreffes osseuses viro-inactivées TUTOPLAST visées à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-07-2015 (JO du 29-07-2015) relatif à l'inscription de l'obturateur de stomie à filtre charbon intégré IRYFIX de la société B. BRAUN Medical SAS au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29-07-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'obturateur de stomie à filtre charbon intégré IRYFIX visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-07-2015 (JO du 29-027-2015) portant modification des conditions d'inscription du cotyle monobloc RM PRESSFIT VITAMYS de la société MATHYS ORTHOPEDIE SAS inscrit au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-07-2015 (JO du 29-07-2015) relatif à l'inscription du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE de la société ASKLE Santé au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29-07-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-07-2015 (JO du 29-07-2015) relatif à l'inscription des pansements URGOSTART BORDER des laboratoires URGO au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pansements URGOSTART BORDER visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 20-07-2015 (JO du 23-07-2015) portant ajout d'une nouvelle taille pour la valve aortique implantée par voie transartérielle EDWARDS SAPIEN XT avec système d'implantation NOVAFLEX+ de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

−Arrêté du 20-07- 2015 (JO du 23-07-2015) relatif à la modification d'inscription du corps bifurqué et de l'extension aortique de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER de la société W. L. GORE et associés SARL inscrite au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

− Avis (JO du 22-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de PRODISC L, PRODISC O et CHRONOS INJECT visés à l'article L. 165-1 du CSS.

− Arrêté du 20-07-2015 (JO du 22-07-2015) portant modification de la date de fin de prise en charge et modification des conditions d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique JARVIK 2000 de la société IST CARDIOLOGY SAS aux titres Ier et III de la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 20-07-2015 (JO du 22-07-2015) relatif au changement de distributeur de la prothèse du disque lombaire PRODISC et du substitut osseux CHRONOS Inject inscrits au titre III de la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 20-07-2015 (JO du 22-07-2015) relatif au changement de distributeur de la prothèse du disque lombaire PRODISC et du substitut osseux CHRONOS Inject inscrits au titre III de la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.

−Arrêté du 17-07-2015 (JO du 22-07-2015) portant inscription du processeur de son ZEBRA pour implant cochléaire DIGISONIC SP de la société NEURELEC au titre III sur la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.
- Avis (JO du 22-07-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du processeur de son ZEBRA pour implant cochléaire DIGISONIC SP visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 17-07-2015 (JO du 22-07-2015) portant inscription du stimulateur cardiaque implantable «triple chambre» VIVA CRT-P de la société MEDTRONIC France SAS et radiation des stimulateurs cardiaques implantables «triple chambre» INSYNC III et CONSULTA CRT-P au titre III de la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.
- Avis (JO du 22-07-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque implantable « triple chambre » VIVA CRT-P visé à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 09-07-2015 (JO du 16-07-2015) portant modification des modalités de prise en charge des pompes à insulines externes, portables et programmables inscrites au titre Ier sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
− Avis (JO du 16-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des forfaits de prise en charge de la pompe à insuline externe visés à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 09-07-2015 (JO du 14-07-2015) portant inscription des pansements URGOSTART INTERFACE des laboratoires URGO au titre Ier sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 14-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pansements URGOSTART INTERFACE visés à l'article L. 165-1 du CSS
− Avis (JO du 22-07-2015) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pansements URGOSTART INTERFACE visés à l'article L. 165-1 du CSS

−Arrêté du 09-07-2015 (JO du 14-07-2015) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription de la prothèse totale du disque lombaire MAVERICK de la société MEDTRONIC France SAS inscrite au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 08-07-2015 (JO du 10-07-2015) relatif au changement de distributeur de l'endoprothèse carotidienne PROTÉGÉ RX de la société EV3 SAS inscrite au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 08-07-2015 (JO du 10-07-2015) relatif au renouvellement d'inscription et à l'ajout de références de sondes du dispositif d'irrigation transanale PERISTEEN des Laboratoires Coloplast France au titre Ier sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 08-07-2015 (JO du 10-07-2015) portant modification des conditions d'inscription du coussin à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables PROFIL'AIR de la société RECFRANCE inscrit au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 08-07-2015 (JO du 10-07-2015) relatif à l'ajout de référence de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée MELODY de la société MEDTRONIC France SAS du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

− Avis (JO du 09-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'implant d'embolisation artérielle à détachement contrôlé PENUMBRA COIL 400 visé à l'article L. 165-1 du CSS.

−Avis (JO du 08-07-2015) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG de la société FH ORTHOPEDICS SAS visé à l'article L. 165-1 du CSS.

− Avis (JO du 08-07-2015) relatif au renouvellement d'inscription des coussins en mousse viscoélastique type à mémoire de forme SYST'AM P361CV et P361CL de la société SYST'AM visés à l'article L. 165-1 du CSS

-.Avis (JO du 08-07-2015) relatif au renouvellement d'inscription du genou monoaxial 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK France visé à l'article L. 165-1 du CSS.

− Arrêté du 07-07-2015 (JO du 10-07-2015) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus ULTIMASTER de la société TERUMO France SA au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 06-07- 2015 (JO du 09-07-2015) portant inscription de l'implant d'embolisation artérielle à détachement contrôlé PENUMBRA COIL 400 de la société PENUMBRA EUROPE GmbH au titre III sur la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.
−Avis (JO du 09-07-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'implant d'embolisation artérielle à détachement contrôlé PENUMBRA COOIL 400 visé à l'article L.165-1 du CSS

−Arrêté du 01-07-2015 (JO du 07-07-2015) portant radiation de produits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

−Arrêté du 22-06-2015 (JO du 07-07-2015) portant radiation d'un produit au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 22-06-2015 (JO du 25-06-2015) portant la suppression de certaines références de processeurs, la radiation d'un implant cochléaire et d'un processeur du système HIRESOLUTION BIONIC EAR de la société ADVANCED BIONICS SARL au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-06-2015 (JO du 23-06-2015) portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs contraceptifs inscrits au titre Ier sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du **16-06-2015 (JO du 23-06-2015)** portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des coussins PHARMA FORM et PRIMA FORM de la société PHARMA OUEST inscrits au titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 9-06-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des solutions oculaires visées à l'article L 165-1 du CSS.1136925

- Avis (JO du 5-06-2015) modifiant la décision du 26 mai 2015 fixant le tarif en euros TTC du forfait électricité pour photothérapie visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 5-06-2015) modifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile LIFECHOICE ACTIVOX visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 4-06-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'allogreffe de veine saphène BIOPROTEC visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-05-2015 (JO du 3-06-2015) relatif à l'inscription du surmatelas en mousse viscoélastique type à mémoire de forme SVPE de la société MOUSSE PLASTIQUE D'ARTOIS SAS au chapitre 2 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 3-06-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du surmatelas en mousse viscoélastique SVPE visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 02-06-2015) rectifiant l'avis relatif à la baisse des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC du forfait 6 (ventilation assistée, inférieure à 12 heures) et de certains forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de deux forfaits de l'insuffisance respiratoire visés à l'article L.165-1 du CSS.

Mai

- Arrêté du 13-05- 2015 (JO du 21-05-2015) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH ALPHA de la société COOK France au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 15-05-2015 (JO du 19-05-2015) portant modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse aortique pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale ENDURANT II et radiation des endoprothèses aortiques ENDURANT et TALENT LPS de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-05-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-05-2015 (JO du 19-05-2015) relatif à l'inscription de l'endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX de la société COVIDIEN France SAS sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-05-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX visée à l'article L. 165-1 du CSS.

– Arrêté du 13-05-2015 (JO du 19-05-2015) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie composé du générateur INNOSPIRE DELUXE et du nébuliseur SIDESTREAM de la société PHILIPS France Activité Healthcare au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-05-2015 (JO du 21-05-2015) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH ALPHA de la société COOK France au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 21-05-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH ALPHA visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 7-05- 2015 (JO du 12-05-2015) portant radiation d'un implant cochléaire et suppression d'une référence, radiation d'un implant du tronc cérébral et suppression de certaines références de processeurs associés de la gamme NUCLEUS de la société COCHLEAR France SAS du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 7- 05-2015 (JO du 12-05-2015) relatif à l'extension d'indication et à la modification de la date de fin de prise en charge de l'implant cochléaire NUCLEUS CI512 de la société COCHLEAR France SAS au chapitre IV du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 6-05-2015 (JO du 27-05-2015) relatif à l'inscription du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile LIFECHOICE ACTIVOX de la société INOVA LABS INC et de ses forfaits associés au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (Jodu 27-05-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile LIFECHOICE ACTIVOX visé à l'article L.165-1 du CSS

- Arrêté du 5-05-2015 (JO du 12-05-2015) portant renouvellement d'inscription des stents intracrâniens LEO + et LEO + sur mesure de la société BALT Extrusion inscrits au titre III sur la LPP prévues à l'article L. 165-1 du CSS.

- **Arrêté du** 05-05-2015 (JO du 12-05-2015) **relatif à l'inscription du système de stimulation cérébrale profonde VERCISE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au titre III sur la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.**
- Avis (JO du 12-05-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du système de stimulation cérébrale profonde VERCISE visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 23-04-2015 (JO du 28-04-2015) portant modification de la date de fin de prise en charge des systèmes d'implants cochléaires et du processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral NUCLEUS de la société COCHLEAR France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 22 -04-2015 (JO du 28-04-2015) relatif au changement de distributeur de l'implant d'embolisation liquide ONYX et ONYX LES et de l'endoprothèse pour embolisation PIPELINE de la société EV3 SAS inscrits au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 28-04-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'ONYX, ONYX LES et PIPELINE visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 22-04-2015 (JO du 28-04-2015) portant inscription de la prothèse cardio-vasculaire hybride E-VITA OPEN PLUS de la société GAMIDA au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 28-04-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la prothèse cardio- vasculaire hybride E-VITA OPEN PLUS visée à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-04-2015 (JO du 10-04-2015) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre ELUNA 8 de la société BIOTRONIK France SAS au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

−Avis (JO du 10-04-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs cardiaques implantables ELUNA 8 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 07-04-2015 (JO du 15-04-2015) relatif au renouvellement d'inscription, à la suppression de certaines références et à la radiation de codes de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société COCHLEAR France SAS aux titres II et III de la LPP.

- Arrêté du 14-04-2015 (JO du 17-04-2015) portant radiation, modification et renouvellement d'inscription d'endoprothèses aortiques abdominales de la gamme ZENITH de la société COOK France sur la LPP.

- Arrêté du 07-04-2015 (JO du 10-04-2015**)** relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre ELUNA 8 de la société BIOTRONIK France SAS au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 de la LPP.

- Arrêté du 07-04-2015 (JO du 10-04-2015) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus COROFLEX ISAR de la société B. BRAUN MEDICAL SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 02-04-2015 **(**JO du 08-04-2015) rectifiant l'arrêté du 16-02-2015 modifiant le positionnement des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus Orsiro de la société BIOTRONIK France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 02-04-2015) relatif à la baisse des tarifs et prix limites de vente au public en euros TTC des sondes cardiaques implantables visées à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-04-2015 (JO du 08-04-2015) relatif à l'inscription du système de nébulisation associant le générateur PARI MINI au nébuliseur LC SPRINT de la société PARI PULMOMED SARL au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Mars

- Avis (JO du 25-03-2015) relatif au renouvellement d'inscription du coussin en mousse viscoélastique FLO-TECH CONTOUR VISCO TECHNIQUE de la société INVACARE POIRIER SAS visé à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 17-03-2015 (JO du 24-03-2015) portant inscription du véhicule électrique MOBILE DREAM de la société LAZELEC au chapitre 1 du titre IV de la LPP.
- Avis (JO du 25-03-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du véhicule à propulsion par moteur électrique MOBILE DREAM visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-03-2015 (JO du 24-03-2015) portant radiation de produits au titre I de la LPP.

- Arrêté du 16-03-2015 (JO du 19-03-2015) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000 de la société ZOLL MEDICAL France sur la LPP.
- Avis (JO du 19-03-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000 visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-03-2015 (JO du 19-03-2015) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé CHUP AIRE, DAX et DOUAI de la société ADOUR PIED CONFORT FRANCIS LAVIGNE (APCFL) au chapitre 1 du titre II de la LPP.

- Arrêté du 11-03-2015 (rectifiant l'arrêté du 23-02-2015 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour l'oxygénothérapie et ses forfaits associés visés au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Avis (JO du 11-03-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la prothèse totale de cheville STAR visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 09-03-2015 (JO du 12-03-2015) relatif au changement de distributeur et à la modification de certaines références de la prothèse totale de cheville STAR de la société SMALL BONE INNOVATIONS INTERNATIONAL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-03-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la prothèse totale de cheville STAR visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 09-03-2015 (JO du 12-03-2015) portant modification de la date de fin de prise en charge des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société ABS-BOLTON MEDICAL inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 09-03-2015 (JO du 12-03-2015) portant modification du libellé du paragraphe 1 « Bioprothèses valvulaires » et modifiant la date de fin de prise en charge du système de conduit aortique valvé BIOVALSALVA et BIOVALSALVA BIPLEX de la société VASCUTEK France inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 09-03-2015 (JO du 12-03-2015) relatif à l'inscription d'une nouvelle version du matelas à air motorisé automatique SENTRY 1200 de la société MEDIDEV SENTECH France SAS sur la LPP.

− Arrêté du 06-03-2015 (JO du 12-03-2015) relatif à l'inscription de l'articulation à effet dynamique de genou ULTRAFLEX de la société DIRAME France SARL au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 12-03-2015**)** relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'articulation à effet dynamique de genou ULTRAFLEX visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 06-03-2015 (JO du 11-03-2015) relatif à l'inscription de la prothèse externe de main complète I-LIMB de la société TOUCH BIONICS au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 11-03-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse externe de main myoélectrique I-LIMB ULTRA et des prestations et consommables associés visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 05-03-2015 (JO du 11-03-2015) portant modification de la date de fin de prise en charge du système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit COLLECTEUR EXPRESS des Laboratoires COLOPLAST inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 06-03-2015 (JO du 11-03-2015) portant radiation de produits au titre III de la LPP.

- Arrêté du 06-03-2015 (JO du 11-03-2015) relatif au renouvellement d'inscription du système d'ancre méniscale ULTRA FAST FIX de la société SMITH & NEPHEW inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 05-03-2015 (JO du 10-03-2015) portant renouvellement d'inscription de l'adaptateur de rotation avec connecteur proximal pyramide 4R57 et 4R57=ST de la société OTTO BOCK France inscrit sur la LPP.

- Arrêté du 05-03- 2015 (JO du 10-03-2015) portant modification de la nomenclature et de la date de fin de prise en charge du coussin ALOVA GALBE TECHNIQUE de la société ASKLE SANTE inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 05-03-2015 (JO du 10-03-2015) portant renouvellement d'inscription et modification des conditions d'inscription des endoprothèses aortiques abdominales ANACONDA de la société VASCUTEK France inscrites sur la LPP.

- Arrêté du 05-03-2015 (JO du 10-03-2015) portant modification de la date de fin de prise en charge des endoprothèses aortiques abdominales ENDURANT II de la société MEDTRONIC France SAS, inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Février

- Arrêté du 24-02-2015 (JO du 04-04-2015) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus CRE 8 de la société CID VASCULAR SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP (rectificatif).
- Avis (JO du 04-04-2015) rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire CRE 8 visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 27-02-2015) modificatif relatif au renouvellement d'inscription du système d'implants cochléaires HIRESOLUTION BIONIC EAR de la société ADVANCED BIONICS SARL visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-02-2015 (JO du 27-02-2015) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus CRE 8 de la société CID VASCULAR SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-02-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire CRE 8 visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-02-2015 (JO du 27-02-2015) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour l'oxygénothérapie et ses forfaits associés visés au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 27-02-2015)relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des forfaits d'oxygénothérapie et des forfaits hebdomadaires correspondants à l'association de deux forfaits de l'insuffisance respiratoire visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 25-02-2015) modificatif relatif au renouvellement d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE de la société HEARTWARE INTERNATIONAL INC visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-02-2015 (JO du 24-02-2015) portant radiation de produits de la LPP.

- Arrêté du 16-02-2015 (JO du 20-02-2015) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III ESPRIT de la société ENDOLITE au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 20-02-2015) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie ESPRIT visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 16-02-2015 (JO du 20-02-2015) relatif à l'ajout de références de l'endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA de la société MEDTRONIC France et rectifiant l'arrêté du 18-12-2014 relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH ALPHA, de la société COOK France, au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 16-02-2015 (JO du 19-02-2015) modifiant le positionnement des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus Orsiro de la société BIOTRONIK France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 17-02-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses artérielles périphériques XPERT, XPERT PRO et ZILVER PTX visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 05-02- 2015 (JO du 10-02-2015) relatif à l'ajout de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'oxynitrure de titane TITAN OPTIMAX et la modification d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'oxynitrure de titane HELISTENT TITAN 2 de la société HEXACATH France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Janvier

- Avis (JO du 29-01-2015) relatif au renouvellement d'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE de la société HEARTWARE INTERNATIONAL INC visé à l'article L.165-1 du CSS.

- Avis (JO du 29-01-2015) relatif au renouvellement d'inscription des systèmes d'implants cochléaires DIGISONIC SP et DIGISONIC EVO, de l'implant du tronc cérébral DIGISONIC SP ABI et des processeurs externes SAPHYR SP, SAPHYR CX et DIGI SP'K visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 29-01-2015) relatif au renouvellement d'inscription des pansements à l'argent des Laboratoires URGO visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

- Avis (JO du 29-01-2015) relatif au renouvellement d'inscription du système d'implants cochléaires HIRESOLUTION BIONIC EAR de la société ADVANCED BIONICS SARL visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-01-2015 (JO du 20-01-2015) portant radiation de produits au titre II de la LPP.

- Arrêté du 12-01-2015 (JO du 15-01-2015) relatif à l'inscription de l'implant cochléaire HIRES 90K ADVANTAGE HiFocus MS et du processeur NAIDA de la société ADVANCED BIONICS SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-01-2015) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'implant cochléaire HiRes 90K Advantage HiFocus MS et du processeur NAIDA visé à l'article L. 165-1 du CSS.

2014

Décembre

- Avis (JO du 19-12-2014) de fixation des nouveaux tarifs et des nouveaux prix limites de vente au public (PLV) TTC du forfait 9.4 pour le traitement de l'apnée du sommeil et ses forfaits associés inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 18-12-2014 (JO du 23-12-2014) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH ALPHA de la société COOK FRANCE au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-12-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH ALPHA visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 19-12-2014) relatif à la baisse du tarif et du prix limite de vente de l'implant endovasculaire dit stent, aortique, rénal, iliaque ou fémoral sous description générique inscrit au paragraphe 4, sous- section 2, section 1, chapitre 1, titre III, de la LPP.

- Arrêté du 10-12-2014 (JO du 18-12-2014) relatif à l'inscription du générateur pour système de stimulation du nerf vague DEMIPULSE 103 et 104 et des électrodes PerenniaDURA 303 et PerenniaFLEX 304 de la société CYBERONICS EUROPE BVBA au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-12-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des générateurs pour le système de stimulation du nerf vague DEMIPULSE et des électrodes Perennia visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 18-12-2014) relatif à la baisse des tarifs et des prix limites de vente au public en euros (TTC) des endoprothèses coronaires dites « stents » à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif XIENCE V, XIENCE PRIME et XIENCE XPEDITION visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-12-2014 (JO du 04-12-2014) relatif au changement de distributeur du système d'autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE de la société ROCHE DIAGNOSTICS France au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Novembre

- Décisions du Conseil d'État n° 366931 ? 375202 ? 374353 du 28-11-2014 relative à la PPC pour le traitement de l'apnée du sommeil.

- Arrêté du 24-11-2014 (JO du 02-12-2014) relatif au changement de distributeur de l'implant pour stérilisation tubaire ESSURE de la société SAS au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 02-12-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros (TTC) de l'implant pour stérilisation tubaire ESSURE visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-11-2014 (JO du 02-12-2014) relatif à l'inscription des endoprothèses périphériques à libération de principe actif (évérolimus) PROMUS ÉLÉMENT PLUS Monorail

BTK et PROMUS ÉLÉMENT PLUS Over The Wire BTK de la société Boston Scientific SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 02-12-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) des endoprothèses artérielles périphériques à libération de principe actif PROMUS ELEMENT PLUS Monorail BTK et PROMUS ELEMENT PLUS Over The Wire BTK visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-11-2014 (JO du 02-12-2014) relatif à l'inscription de l'endoprothèse artérielle périphérique à libération de principe actif d'évérolimus XIENCE PRIME BTK de la société ABBOTT France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 02-12-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros (TTC) de l'endoprothèse artérielle périphérique à libération de principe actif d'évérolimus XIENCE PRIME BTK visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-11-2014 (JO du 02-12-2014) relatif à l'inscription des endoprothèses périphériques à libération de principe actif (évérolimus) PROMUS ÉLÉMENT PLUS Monorail BTK et PROMUS ÉLÉMENT PLUS Over The Wire BTK de la société Boston Scientific SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 21-11-2014 (JO du 02-12-2014) portant radiation de produits au titre III de la LPP.

- Avis (JO du 26-11-2014) rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de la prise en charge du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 et de ses forfaits associés visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-11-2014 (JO du 21-11-2014) relatif à l'ajout du transmetteur MYCARELINK et de nouveaux défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre, double chambre et triple chambre compatibles avec le système de télésurveillance CARELINK de la société MEDTRONIC France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 18-11-2014 (JO du 21-11-2014) relatif à l'inscription du système de télésurveillance LATITUDE NXT de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 05-11-2014 (JO du 13-11-2014) portant radiation de produits inscrits au titre I de la LPP.

- Arrêté du 05-11-2014 (JO du 13-11-2014) rectifiant l'arrêté du 01-09-2014 relatif à l'ajout de la référence 107758 correspondant à l'unité d'alimentation mobile pour le dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTMATE II V2 de la société THORATEC EUROPE LIMITED inscrit au chapitre 3 du titre I de la LPP.

- Avis (JO du 07-11-2014) relatif au renouvellement d'inscription de l'appareil pour lecture automatique de la glycémie dit « lecteur de glycémie » visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 16-10- 2014 (JO du 25-10-2014) relatif à l'inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM NEO et à la radiation de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM de la société ABBOTT France SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-10-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM NEO visé à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 03-10-2014 (JO du 09-10-2014) portant radiation de produits au titre III de la LPP.

- Arrêté du 03-10-2014 (JO du 08-10-2014) relatif à l'inscription du système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre SMARTVIEW de la société SORIN Group France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-10-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre SMARTVIEW visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 03-10-2014 (JO du 08-10-2014) rectifiant l'arrêté du 28-07-2014 relatif à l'inscription de la prise en charge du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile INO-GEN ONE G3 et de ses forfaits associés au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 23-09-2014 (JO du 25-09-2014) relatif à l'inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie GLUCOFIX PREMIUM et des bandelettes associées GLUCOFIX B-KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie GLUCOFIX PREMIUM et des bandelettes associées GLUCOFIX B-KETONE SENSOR visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-09- 2014 (JO du 25-09-2014) relatif à l'inscription de l'émulsion pour usage ophtalmique CATIONORM de la société SANTEN SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'émulsion pour usage ophtalmique CATIONORM visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-09- 2014 (JO du 25-09-2014) relatif à l'inscription du dispositif d'automesure de l'INR INRatio 2 de la société ALERE SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du dispositif d'automesure de l'INR INRatio 2 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 11-09-2014) relatif à la baisse des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses coronaires dites «stents» enrobées d'un produit sans action pharmacologique et des endoprothèses coronaires dites «stents» à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Avis (JO du 11-09-2014) de fixation des prix de cession, des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC relatif à la baisse de pansements dits techniques visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 11-09-2014) relatif à la baisse du tarif et du prix limite de vente du stent nu inscrit au paragraphe 3, sous- section 2, section 1, chapitre 1, titre III, de la LPP.

- Arrêté du 05-09- 2014 (JO du 11-09-2014) portant retrait d'une radiation de produits au titre II de la LPP.

- Arrêté du 01-09-2014 (JO du 04-09-2014) portant radiation de produits au titre II de la LPP.

- Arrêté du 04-09-2014 (JO du 09-09-2014) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit «triple chambre», ALLURE QUADRA de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 09-09-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque triple chambre ALLURE QUADRA visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-09-2014 (JO du 04-09-2014) relatif à l'ajout de la référence 107758 correspondant à l'unité d'alimentation mobile pour le dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTMATE II V2 de la société THORATEC EUROPE LIMITED inscrit au chapitre 3 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 01-09-2014 (JO du 04-09-2014) portant radiation de produits au titre III de la LPP.

Août

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS et PROMUS PREMIER et la radiation de PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire aortique par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN 3 modèle 9600TFX de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire aortique par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN 3 modèle

9600TFX visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de sirolimus ORSIRO de la société BIOTRONIK FRANCE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire à libération de sirolimus ORSIRO visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif à l'ajout de l'implant large, du pilier 12 mm, de l'implant large avec pilier et des processeurs PONTO PLUS et PONTO PLUS POWER pour prothèse auditive ostéo- intégrée PONTO de la société PRODITION inscrite au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1 du titre III de laLPP.
- Avis (JO du 03-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif à l'inscription de la prothèse totale de cheville SALTO TALARIS de la société TORNIER SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse totale de cheville SALTO TALARIS visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Arrêté du 29-08-2014 (JO du 03-09-2014) relatif au changement de distributeur de la prothèse respiratoire modulaire à usage unique ECH HEIMOMED de la société IST Medical inscrite au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 03-09-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse respiratoire ECH HEIMOMED visée à l'article L.165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 31-07- 2014 (JO du 21-08-2014) rectifiant l'arrêté du 23-07-2014 portant modification des modalités d'inscription des dispositifs lumineux et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 à la sous-section 1 de la section 7 du chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 30-08-2014) relatif à l'inscription du processeur pour prothèse ostéo-intégrée BAHA 4 de la société COCHLEAR France SAS au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (rectificatif).

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie composé des générateurs INNOSPIRE ELEGANCE et SAMI THE SEAL et du nébuliseur SIDESTREAM de la société PHILIPS France Activité Healthcare au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif à l'extension d'indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'éverolimus XIENCE V, XIENCE PRIME et XIENCE XPEDITION de la société ABBOTT France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif au renouvellement d'inscription, à la modification des modalités de prise en charge et à l'ajout de certaines références des endoprothèses aortiques abdominales de la gamme POWERLINK de la société ENDOLOGIX au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif à l'inscription de la prise en charge du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 et de ses forfaits associés au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-08-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prise en charge du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 et de ses forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 25-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif à l'inscription sous description générique d'aliments diététiques pour nutrition orale (mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré) au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-08-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'aliments diététiques pour nutrition orale (mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré) visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 30-07-2014 (JO du 19-08-2014) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III ECHELON de la société ENDOLITE au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 19-08-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie de classe III ECHELON visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-07- 2014 (JO du 19-08-2014) relatif au renouvellement d'inscription et à la radiation de certaines références des endoprothèses aortiques abdominales de la gamme EXCLUDER de la société WL Gore et Associés au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 28-07-2014 (JO du 05-08-2014) relatif à l'inscription du processeur pour prothèse ostéo-intégrée BAHA 4 de la société Cochlear France SAS au chapitre 3 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 05-08-2014) relatif au tarif en euros TTC du processeur pour prothèse ostéo-intégrée BAHA 4 visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) relatif à l'extension d'indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de biolimus BIOMATRIX et BIOMATRIX FLEX de la société BIOSENSORS Int. France SARL inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription, au changement de dénomination et à la suppression de certaines références du cotyle monobloc ainsi qu'au renouvellement d'inscription, au changement de dénomination et à la suppression de certaines références et de l'insert DURASUL de la société ZIMMER France inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription du système de neurostimulation médullaire quadripolaire implantable GENESIS de la société Saint Jude Medical France au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 29-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription des électrodes pour mesure de la cétonémie FREESTYLE OPTIUM BETA CETONE de la société ABBOTT France SAS visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-07-2014(JO du 29-07-2014) relatif au changement d'entité légale de la société Cordis SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) portant modification de la date de fin de prise en charge et des modalités de prise en charge du neuromodulateur des racines sacrées INTERSTIM et INTERSTIM II de la société MEDTRONIC France au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification des modalités de prise en charge du substitut osseux sur mesure CUSTOMBONE de la société Ethicon SAS, division Codman, au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-07-2014 (JO du 29-07-2014) relatif à l'ajout de références à l'implant d'embolisation liquide ONYX de la société Ev3 Inc inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-07-2014) relatif aux nouveaux tarifs et aux nouveaux prix limites de vente au public en euros TTC de l'implant d'embolisation ONYX® visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-07-2014 (JO du 25-07-2014) portant modification des modalités d'inscription des dispositifs lumineux et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 à la sous-section 1 de la section 7 du chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-07-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des dispositifs lumineux et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 23-07-2014 (JO du 25-07-2014) fixant les tarifs/PLV en euros TTC des dispositifs lumineux et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Arrêté du 16-07-2014 (JO du 22-07-2014) relatif à la prolongation de la prise en charge des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 16-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription du fauteuil roulant électrique monte-charge TOPCHAIR-S de la société TOPCHAIR SAS visé à l'article L.165-1 du CSS.

- Avis (JO du 16-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique VALIANT avec système de pose CAPTIVIA visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 16-07-2014) relatif au renouvellement d'inscription de la pompe implantable à débit variable SYNCHROMED II de la société MEDTRONIC France SAS visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 16-07-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du COLLECTEUR EXPRESS visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 25-06-2014 (JO du 01-07-2014) relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL XT modèle 9529 de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-07-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de REVEAL XT visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Arrêté du 16-06-2014 (JO du 18-06-2014) portant inscription des pompes externes programmables et prestations associées pour nutrition parentérale à domicile à la sous-section 4, section 5, chapitre 1, titre I, et modification des prestations associées à la nutrition entérale à domicile au paragraphe 1, sous-section 2, section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.

- Arrêté du 03-06-2014 (JO du 05-06-2014) relatif relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» ALLURE de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 03-06-2014 (JO du 06-06-2014) relatif à l'inscription de la prothèse totale de disque lombaire LP ESP II de la société FH ORTHOPEDICS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-06-2014) relatif relatif à l'inscription de la prothèse totale de disque lombaire LP ESP II de la société FH ORTHOPEDICS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Mai

- Avis (JO du 27-05-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 26-05-2014 (JO du 06-06-2014) relatif relatif au changement de distributeur de la prothèse totale de hanche de resurfaçage CONSERVE PLUS de la société WRIGHT MEDICAL France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 26-05-2014 (JO du 06-06-2014) portant radiation de produits au titre III de la LPP.

- Arrêté du 26-05-2014 (JO du 06-06-2014) relatif au changement de distributeur de l'obturateur porcin BIOSTOP G de la société BIOLAND au chapitre 2 du titre III de la LPP.

- Arrêté 13-05-2014 (JO du 20-05-2014) relatif à l'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation IFILL de la société DEVILBISS HEALTHCARE SAS France et de ses forfaits associés au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 20-05-2014) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation IFILL et de ses forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 13-05-2014 (JO du 20-05-2014) relatif à l'inscription du concentrateur d'oxygène transportable ECLIPSE 3 de la société CHART SEQUAL TECHNOLOGIES INC et ses forfaits associés et à la modification des libellés des forfaits associés au forfait 7 au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 20-05-2014) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du concentrateur d'oxygène transportable ECLIPSE 3 et de ses forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 12-05-2014 (JO du 15-05-2014) relatif à la modification d'inscription des amortisseurs de chocs pour cheville et à la cheville multiflexion inscrits sous description générique au chapitre 7 du titre II de LPP.

- Arrêté du 06-05-2014 (JO DU 13-05-2014) relatif au renouvellement d'inscription, au changement de distributeur et à la modification de l'indication de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX de la société Q-MED SARL inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-05-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'implant urétéral de copolymère DEFLUX visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif à l'inscription des neurostimulateurs médullaires PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, RestoreSensor SURESCAN MRI, RestoreULTRA SURESCAN MRI et de l'électrode VECTRIS SURESCAN MRI de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-04-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des neurostimulateurs médullaires PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, RestoreSensor SURESCAN MRI, RestoreULTRA SURESCAN MRI et de l'électrode VECTRIS SURESCAN MRI visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification des conditions d'inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX modèle 9528 de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif au renouvellement d'inscription des bandelettes réactives pour la détermination du glucose et des corps cétoniques dans les urines KETO-DIASTIX de la société BAYER SANTE, DIVISION DIABETES CARE France inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) portant modification de la date de fin de prise en charge et extension de l'indication du système à dépressurisation contrôlé HARMONY de la société OTTO BOCK France SNC au chapitre 7 du titre II de la LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif à l'ajout des processeurs CP910 et CP920 pour implants cochléaires ou implant du tronc cérébral de la gamme NUCLEUS de la société COCHLEAR FRANCE SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) rectifiant l'arrêté du 13-02-2014 relatif à l'inscription du système de compression veineuse bi-bandes 3M COBAN 2 de la société 3M France SAS au chapitre 3 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif au renouvellement d'inscription du système compressif multicouche PROFORE de la société SMITH & NEPHEW SAS inscrit au chapitre 3 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif au renouvellement d'inscription et à la suppression de la référence ULTREX de l'implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface AMS 700 InhibiZone de la société AMS France SAS inscrit au chapitre 1 du titre III de LPP.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif à l'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) pneumatique intracorporel orthotopique bi-ventriculaire SYNCARDIA TAH-t de la société IST CARDIOLOGY au chapitre 4 du titre III et à l'inscription de son forfait de location et de maintenance au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-04-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de SYNCARDIA TAH-t visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 24-04-2014) relatif au renouvellement d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-04-2014 (JO du 24-04-2014) relatif au changement de distributeur et à l'ajout de références relatives à la taille 0 de la prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société NEWDEAL SAS inscrite au chapitre 3 du titre I de LPP.

- Avis (JO du 24-04-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de la prothèse totale de cheville HINTEGRA visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 24-04-2014) de fixation des nouveaux tarifs et des nouveaux prix limites de vente au public (PLV) TTC du forfait 9 pour le traitement de l'apnée du sommeil et des forfaits associés inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Mars

- Arrêté du 07-03-2014 (JO du 13-03-2014) relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable CONFIRM modèle DM 2100 de la société Saint Jude Medical France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-03-2014) relatif au tarif et au prix limite relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable CONFIRM modèle DM 2100 de la société Saint Jude Medical France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 11-03-2014) relatif aux nouveaux tarifs et aux nouveaux prix limites de vente au public (PLV) TTC des produits et prestations relatifs à l'insulinothérapie par pompe externe inscrits au paragraphe 4 de la sous-section 5 de la section 2 du chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 06-03-2014 relatif aux nouvelles dénominations de certaines références et à l'ajout de la bouteille référencée HF2RE9AL du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation VENTURE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 06-03-2014 portant modification de la date de fin de prise en charge de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO de la société PRODITION au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 06-03-2014 (JO du 11-03-2014) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification de l'indication de l'implant urétéral de polydiméthylsiloxane MACROPLASTIQUE des laboratoires COLOPLAST inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Février

- Arrêté du 17-02-2014 (JO du 25-02-2014) relatif à l'ajout des références des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre ILESTO 7 VR-T, double chambre ILESTO 7 DR-T et triple chambre ILESTO 7 HF-T associés au système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 17-02-2014 (JO du 25-02-2014) relatif à l'ajout de nouvelles références aux défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre compatibles avec le système de télésurveillance MERLIN.NET de la société Saint Jude Medical France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 20-02-2014) de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) de certains implants orthopédiques inscrits à la sous-section 2, section 2, chapitre 2, titre III de la LPP.

- Décision du Conseil d'État du 14-02-2014 N° 374699 relative à la PPC pour le traitement de l'apnée du sommeil.

- Décision du 14-02-2014 (JO du 20-02-2014) fixant le nouveau tarif et le nouveau prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 14-02-2014 (JO du 20-02-2014) fixant le nouveau tarif et le nouveau prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2014 (JO du 18-02-2014) portant radiation de produits de la LPP.
- Arrêté du 13-02-2014 (JO du 18-02-2014) rectifiant l'arrêté du 02-12-2013 relatif à la modification des modalités de prise en charge et à la suppression de certaines références des prothèses de hanche de resurfaçage BHR de la société Smith & Nephew Orthopaedics France SAS et CONSERVE PLUS de la société WRIGHT Medical France SAS de la LPP.
- Arrêté du 13-02-2014 (JO du 18-02-2014) relatif à l'inscription du système de compression veineuse bi-bandes 3M COBAN 2 de la société 3M France SAS au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-02-2014) relatif au tarif en euros TTC du système de compression veineuse bi-bandes 3M COBAN 2 visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de la société MEDTRONIC FRANCE SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) relatif à la modification de la date de fin de prise en charge et des modalités de prise en charge du substitut osseux NANOSTIM de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) relatif à l'inscription de la prothèse totale de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ de la société BIOMET SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2014) relatif à l'inscription de la prothèse totale de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ de la société BIOMET SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) portant inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE II V2, radiation d'HEARTMATE II inscrit au chapitre 4 du titre III et ajout de la référence HEARTMATE II V2 dans le forfait de location et de maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE II de la société Thoratec Europe Limited inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Avis (JO du 07-02-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du dispositif d'assistance circulaire mécanique (DACM) HEARTMATE II V2 visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) relatif à l'inscription du neurostimulateur médullaire rechargeable EON MINI ainsi que le renouvellement d'inscription du neurostimulateur médullaire rechargeable EON de la société SAINT JUDE MEDICAL FRANCE SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2014) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de EON MINI visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2014 (JO du 07-02-2014) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible SOLITAIRE AB de la société Covidien France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stent intracrânien SOLITAIRE AB visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 30-01-2014 (JO du 04-02-2014) relatif à la modification d'inscription des références des kits d'implantation UniVAD et BiVAD du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR de la société BERLIN HEART GmbH inscrit au chapitre 4 du titre III de laLPP.
- Avis (JO du 07-02-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du dispositif d'assistance circulaire mécanique (DACM) HEARTMATE II V2 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 30-01-2014 (JO du 04-02-2014) portant modification des modalités d'inscription des pieds à restitution d'énergie inscrits au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 30-01-2014 portant radiation d'un produit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-01-2014 (JO du 04-02-2014) relatif à la modification de la date de fin de prise en charge des forfaits d'oxygénothérapie 28 et 29 pour traitement de la crise d'algie vasculaire de la face par oxygénothérapie au chapitre I du titre I de la LPP.
- Arrêté du 22-01-2014 (JO du 28-01-2014) relatif à l'inscription du spiromètre électronique portable SPIROTEL V2 et à la radiation du spiromètre électronique portable SPIROTEL de la société LAMIRAU au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2014) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la prestation associée au spiromètre SPIROTEL V2 visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-01-2014 (JO du 10-01-2014) portant radiation de produits au titre I de la LPP.

2013

Décembre

- Arrêté du 24-12-2013 (JO du 31-12-2013) relatif à l'inscription du coussin à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables PROFIL'AIR de la société RECFRANCE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 31-12-2013) relatif au tarif en euros TTC du coussin à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables PROFIL AIR visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 20-12-2013 (JO du 27-12-2013) relatif à l'inscription sous description générique d'un nouveau conditionnement d'aliment diététique (mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique) pour nutrition orale destiné aux enfants de moins d'un an au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 12-12-2013 (JO du 18-12-2013) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III MEDI PANTHERA CF2 de la société MEDI France au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 18-12-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie MEDI PANTHERA visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-12-2013 (JO du 05-12-2013) relatif à la modification des modalités de prise en charge et à la suppression de certaines références des prothèses de hanche de resurfaçage BHR de la société Smith & Nephew Orthopaedics France SAS et CONSERVE PLUS de la société WRIGHT Medical France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 02-12-2013 (JO du 05-12-2013) relatif à l'ajout de références à la gamme des endoprothèses aortiques abdominales EXCLUDER de la société WL Gore et Associés inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 02-12-2013 (JO du 05-12-2013) portant modification de la date de fin de prise en charge de l'implant d'embolisation artérielle ONYX de la société EV3 SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Novembre

- Avis (JO du 22-11-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS visées à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-11-2013 (JO du 22-11-2013) portant radiation de produits au titre I de la LPP.
- Arrêté du 14-11-2013 (JO du 19-11-2013) relatif au renouvellement d'inscription du système de télésurveillance HOME MONITORING pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre LUMAX de la société BIOTRONIK inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-11-2013) relatif au renouvellement d'inscription de ZENITH TX2 et ZENITH TX2 PROFORM visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-11-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied prothétique pour amputés à mobilité réduite GERY visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 03-11-2013) rectifiant l'avis du 11-10-2013 relatif à la fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes, des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes et des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants inscrits à la section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 28-10-2013 (JO du 05-11-2013) portant radiation de produits inscrits au titre III de la LPP.

- Arrêté du 28-10-2013 (JO du 05-11-2013) relatif à la modification des modalités de prise en charge de la tête et de l'insert METASUL de la société ZIMMER France inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 22-10-2013 (JO du 01-11-2013) portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1 du titre I de la LPP (rectificatif).
- Arrêté du 25-10-2013 (JO du 31-10-2013) relatif à l'ajout des références BIA400 (pilier et implant) et BA400 (pilier seul) pour la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société Cochlear France SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-10-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de BIA400 (pilier et implant) et BA400 (pilier seul) pour la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 22-10-2013 (JO du 30-10-2013) portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-10-2013) relatif au renouvellement d'inscription du conduit pulmonaire valvé d'origine bovine CONTEGRA visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 11-10-2013) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes, des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinées aux adultes et des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants inscrits à la section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 11-10-2013) de fixation de nouveaux tarifs et de nouveaux prix limites de vente au public (PLV) TTC de certains dispositifs médicaux pour autosurveillance et autotraitement de la glycémie inscrits à la section 3 du chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-10-2013 (JO du 10-10-2013) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS PREMIER de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-10-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus PROMUS PREMIER visées à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Arrêté du 19-09-2013 (JO du 05-10-2013) relatif à la modification de la dénomination du paragraphe 5 « Pansements en fibres de carboxyméthylcellulose « et à l'inscription du pansement en fibres de polyacrylate URGOCLEAN des laboratoires URGO France au chapitre 3 du titre I de la LPP (rectificatif)

- Arrêté du 26-09-2013 (Jo du 01-10-2013) relatif à l'inscription du matelas à air motorisé automatique SENTRY 1200 de la société MEDIDEV SENTECH France SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 01-10-2013) relatif au prix de cession en euros HT du matelas SENTRY 1200 et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des prestations associées au

matelas SENTRY 1200 visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 25-09-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de KETO-DIASTIX visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-09-2013 (JO du 25-09-2013) relatif à la modification de la dénomination du paragraphe 5 «Pansements en fibres de carboxyméthylcellulose» et à l'inscription du pansement en fibres de polyacrylate URGOCLEAN des laboratoires URGO France au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-09-2013) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pansement en fibres de polyacrylate URGOCLEAN visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 02-09-2013 (JO du 06-09-2013) portant inscription du processeur pour système d'implant cochléaire et du tronc cérébral RONDO de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-09-2013) relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la compresse imprégnée d'acide hyaluronique et de sulfadiazine argentique IALUSET PLUS et de la crème à l'acide hyaluronique et à la sulfadiazine argentique IALUSET PLUS visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2013 (JO du 06-09-2013) relatif au renouvellement d'inscription des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE de la société Biosphere Medical SA inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-09-2013 (JO du 06-09-2013) relatif à l'inscription de l'implant cochléaire HIRES 90K ADVANTAGE de la société Advanced Bionics SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-09-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'implant cochléaire HiRes 90K Advantage visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2013 (JO du 06-09-2013) relatif à l'extension des indications de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de biolimus NOBORI de la société Terumo France SA de la LPP.
- Arrêté du 02-09-2013 (JO du 06-09-2013) relatif au renouvellement d'inscription du système de télésurveillance LATITUDE pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre de la société Boston Scientific SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.

Août

- Avis (JO du 29-08-2013) relatif au prix de cession en euros HT au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de MODULEN IBD visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 28-08-2013) rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs simple et double chambre visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-08-2013) relatif au renouvellement d'inscription du matelas AIRSOFT DUO visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-08-2013) rectifiant l'avis du 7 mai 2013 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des coussins en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme « visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 13-08-2013) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des dispositifs médicaux pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés et pour le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif au renouvellement d'inscription de références, à la suppression de références et à l'ajout de nouvelles références aux défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre, double chambre et triple chambre compatibles avec le système de télésurveillance CARELINK de la société Medtronic France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif à l'inscription de la prothèse totale de disque lombaire PRODISC-O de la société Synthès SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-08-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la prothèse totale de disque lombaire PRODISC-O visé à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre « INLIVEN CRT-P modèles W274 et W275 de la société Boston Scientific SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-08-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre « INLIVEN CRT-P modèles W274 et W275 visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif au renouvellement d'inscription de l'aliment diététique NUTRAMIGEN AA de la société Mead Johnson inscrit au chapitre 1 du titre

I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification des modalités de prise en charge de la compresse imprégnée d'acide hyaluronique et de sulfadiazine argentique IALUSET PLUS et de la crème à l'acide hyaluronique et à la sulfadiazine argentique IALUSET PLUS des laboratoires Genevrier inscrites au chapitre 3 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications d'inscription du ligament artificiel pour le genou LARS de la société Lars SA inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 07-08-2013 (JO du 14-08-2013) portant inscription des forfaits associant un forfait de traitement de l'apnée du sommeil avec un appareil à pression positive continue et un forfait d'oxygénothérapie du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 de la société Scaleo Medical au chapitre 1 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 14-08-2013) relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des forfaits associant un forfait (PPC) de traitement de l'apnée du sommeil et un forfait d'oxygénothérapie du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Avis (JO du 06-08-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stimulateurs simple et double chambre visés à l'article L. 165-1 du CSS

Juillet

- Arrêté du 30-07-2013 (JO du 13-08-2013) relatif à la modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés et pour le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique et à l'inscription du collecteur de matières fécales COLLECTEUR EXPRESS des laboratoires COLOPLAST France et de sets d'appareillage pour stomie digestive avec poche de recueil au chapitre 1 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 29-07-2013 (JO du 06-08-2013) relatif à la radiation des stimulateurs cardiaques double chambre PHILOS DR-T de la société BIOTRONIK France, ADAPTA DR de la société MEDTRONIC France SAS, SYMPHONY DR 2550 et REPLY DR de la société SORIN GROUP France inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 29-07-2013 (JO du 02-08-2013) relatif à la modification des modalités de prise en charge et aux dates de prise en charge des neurostimulateurs médullaires RestoreADVANCED, RestoreSENSOR et RestoreULTRA et à l'inscription de l'électrode décahexapolaire SPECIFY de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-07-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'attelle releveur de pied de série visée à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 23-07-2013 (JO du 06-08-2013) relatif à l'inscription du pied prothétique pour amputés à mobilité réduite GERY de la société PROTEOR au chapitre 7 du titre II de la lpp prévue à l'article L. 165-1 du CSS (rectificatif)
- Arrêté du 23-07-2013 (JO du 26-07-2013) relatif à l'inscription de l'adaptateur de rotation pour prothèse externe transfémorale 1K52 de la société PROTEOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-07-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'adaptateur de rotation 1K52 visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 23-07-2013 (JO du 26-07-2013) relatif à l'inscription du pied prothétique pour amputés à mobilité réduite GERY de la société PROTEOR au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-07-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied prothétique pour amputés à mobilité réduite GERY visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 08-07-2013 (JO du 12-07-2013) relatif à la codification des adaptateurs de rotation pour prothèse externe transfémorale 4R 57 et 4R 57=ST de la société OTTO BOCK au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-07-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) des adaptateurs de rotation 4R 57 et 4R 57=ST visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 08-07-2013 (JO du 11-07-2013) relatif à la modification et au renouvellement d'inscription du genou mono-axial HYBRID 1P360 de la société PROTEOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 08-07-2013 (JO du 11-07-2017) portant radiation de produits au titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 04-07-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses aortiques abdominales ANACONDA, ENDURANT, EXCLUDER, POWERLINK, TALENT LPS X et ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE, ZENITH FLEX AUI visées à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 26-06-2013 (JO du 02-07-2013) modifiant l'arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du CSS et fixant la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée

- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 02-07-2013) relatif à la modification de la date de fin de prise en charge et des conditions d'utilisation des stimulateurs cardiaques simple et double chambre EVIA de la société BIOTRONIK France inscrits au chapitre 4 du titre III de laLPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 27-06-2013) rectifiant l'avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie AQUA FOOT visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 26-06-2013) portant radiation de produits au titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 26-06-2013) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification d'inscription du substitut osseux phosphocalcique malléable CEMENTEK de la société TEKNIMED SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 26-06-2013) relatif à l'inscription du neurostimulateur médullaire non rechargeable EON C de la société Saint Jude Medical France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 26-06-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de EON C visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 26-06-2013) relatif à l'ajout de nouvelles tailles pour l'insert en polyéthylène hautement réticulé LONGEVITY de la société ZIMMER au chapitre 1 du titre III de la LPP prévues à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 21-06-2013 (JO du 26-06-2013) relatif à l'ajout de la référence MID 100-M de l'implant annulaire ajustable pour gastroplastie MIDBAND de la société MEDICAL INNOVATION DEVELOPPEMENT (MID) au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 25-06-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS
- Arrêté du 18-06-2013 (JO du 25-06-2013) relatif aux renouvellements d'inscription des pansements interfaces de Physiotulle des laboratoires Coloplast et d'Hydrotul des laboratoires Paul Hartmann, à la suppression du libellé de la rubrique interface à base de CMC, à la suppression des descriptions génériques et de la rubrique « pansement interface siliconé « et à la radiation d'Altreet des laboratoires Coloplast inscrits au chapitre 3 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 13-06-2013 (JO du 20-06-2013) portant radiation de produits au titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 13-06-2013 (JO du 20-06-2013) rectifiant l'arrêté du 17 mai 2013 relatif à l'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 de la société SCALEO MEDICAL au chapitre 1 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 11-06-2013 (JO du 18-06-2013) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie AQUA FOOT de la société OTTO BOCK France au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-06-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stent intracrânien CODMAN ENTERPRISE visé à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 12-06-2013) relatif au renouvellement d'inscription à la gamme d'implants d'embolisation ou coils ORBIT GALAXY visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-06-2013 (JO du 11-06-2013) rectifiant l'arrêté du 2 mai 2013 relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE XPEDITION de la société ABBOTT France SAS et à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Mai

- Arrêté du 24-05-2013 (JO du 30-05-2013) rectifiant l'arrêté du 30 avril 2013 portant modification des modalités de prise en charge des coussins en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme « inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 30-05-2013) rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des coussins en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme » visés à l'article L.165-1 du CSS.

- Avis (JO du 24-05-2013) relatif au tarif en euros TTC du produit de comblement NEW FILL visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 24-05-2013) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de ORAL IMPACT et IMPACT ENTERAL visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif à l'inscription du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 de la société SCALEO MEDICAL au chapitre 1 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 24-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du concentrateur d'oxygène mobile INOGEN ONE G2 visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie VARI-FLEX XC de la société OSSUR EUROPE BV au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 24-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie VARI-FLEX XC visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif au changement de distributeur des pieds à restitution d'énergie TRIBUTE, TRUSTEP et VENTURE de la société DAW SA inscrits au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 24-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pieds à restitution d'énergie de la société OKO SOLUTION SAS visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif à l'ajout de nouvelles références au cathéter intrathécal ASCENDA pour pompe implantable programmable SYNCHROMED II de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif au changement d'entité légale des sociétés DEPUY France SAS et ETHICON SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 17-05-2013 (JO du 24-05-2013) relatif à l'ajout de kits d'extension pour le système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 17-05-2013) rectifiant l'arrêté du 31 août 2012 portant inscription du forfait d'implantation du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR de la société BERLIN HEART GmbH et du forfait de maintenance associé au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 14-05-2013) relatif aux renouvellements d'inscription des endoprothèses carotidiennes auto-expansibles RX ACCULINK et XACT de la société ABBOTT France, CAROTID WALLSTENT MONORAIL de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS, PRECISE PRO RX de la société CORDIS SAS et au changement de distributeur de l'endoprothèse PROTÉGÉ RX inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 08-05-2013) rectifiant l'arrêté du 31 juillet 2012 portant inscription des systèmes pour stimulation cérébrale profonde LIBRA et LIBRA XP de la société Saint Jude Medical France au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 08-05-2013) relatif à la radiation de l'endoprothèse coronaire CYPHER SELECT PLUS de la société CORDIS SAS inscrite au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 08-05-2013) relatif à l'inscription du système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateurs cardiaques implantables simple, double et triple chambre de la société Saint Jude Medical France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque MERLIN.NET visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 08-05-2013) relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE XPEDITION de la société ABBOTT France SAS et à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE XPEDITION visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2013 (JO du 08-05-2013) relatif à l'extension d'indications de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER de la société WL GORE et associés SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 30-04-2013 (JO du 07-05-2013) rectifiant l'arrêté du 9 janvier 2013 portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 30-04-2013 (JO du 07-05-2013) portant modification des modalités de prise en charge des coussins en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme « inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 07-05-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des coussins en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme « visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 26-04-2013) relatif au renouvellement d'inscription du neurostimulateur médullaire PRECISION visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 26-04-2013) relatif au renouvellement d'inscription des systèmes pour oxygénothérapie INVACARE VENTURE HOMEFILL II et INVACARE PLATINUM 9 visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-04-2013) rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du grand appareillage orthopédique (GAO) visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 12-04-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 18-04-2013) relatif à l'inscription de l'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque ZENITH BRANCH de la société COOK FRANCE au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-04-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque ZENITH BRANCH visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 18-04-2013) portant inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire OPM4J de la société 3J SARL au chapitre 4 du titre II de la LPP remboursables prévue

à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-04-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros (TTC) de l'orthèse d'avancée mandibulaire OPM4J visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 17-04-2013) relatif à l'inscription de l'endoprothèse artérielle périphérique INPERIA ADVANCE CARBOSTENT de la société CID SPA au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 17-04-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse artérielle périphérique INPERIA ADVANCE CARBOSTENT visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 17-04-2013) relatif à l'ajout du générateur eBASE pour système de nébulisation pour aérosolthérapie eFLOW RAPID de la société PARI inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 17-04-2013) relatif au renouvellement d'inscription des aliments diététiques ORAL IMPACT et IMPACT ENTERAL de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS inscrits au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 10-04-2013 (JO du 17-04-2013) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre « EVIA HF-T équipé du système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 17-04-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre « EVIA HF-T équipé du système de télésurveillance HOME MONITORING visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Mars

- Arrêté du 19-03-2013 (JO du 29-03-2013) portant modification des modalités d'inscription des pieds à restitution d'énergie inscrits au chapitre 7 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du CSS.
- Avis (JO du 29-03-2013) de fixation des tarifs et des prix limites de vente des pieds à restitution d'énergie et du pied MULTIFLEX inscrits au titre II, chapitre 7, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 21-03-2013 (JO du 27-03-2013) relatif à l'ajout de référence à la prothèse totale de disque lombaire PRODISC L de la société SYNTHES SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2013 (JO du 27-03-2013) relatif au renouvellement d'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie Atomisor Pocket de la société La Diffusion technique française (DTF) inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2013 (JO du 27-03-2013) portant modification de la date de fin de prise en charge de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA de la société VASCUTEK France inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2013 (JO du **27-03-2013**) relatif à l'ajout de nouveaux composants externes du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HeartWare de la société HeartWare International Inc au chapitre 4 du titre III de la liste des LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2013 (JO du 27-03-2013) portant inscription des bioprothèses valvulaires par voie transcutanée traitées par AOA COREVALVE et COREVALVE EVOLUT de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 27-03-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des bioprothèses valvulaires par voie transcutanée traitées par AOA Corevalve et Corevalve Evolut visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2013 (JO du 27-03-2013) relatif au changement de distributeur des coussins GEL 2D, GEL AIR 2D, VISCO MOUSS et du matelas VISCO MOUSS de la société KLÉ INDUSTRIE SARL inscrits au chapitre 2 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 27-03-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des coussins GEL 2D, GEL AIR 2D, VISCO MOUSS et du matelas VISCO MOUSS visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 22-03-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stents intracrâniens LEO + et LEO + sur mesure visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 15-03-2013) relatif au renouvellement d'inscription du stent intracrânien CODMAN ENTERPRISE visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-03-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA de la société Medtronic France

SAS visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Février

- Arrêté du 18-02-2013 (JO du 07-03-2013) portant modification de la nomenclature et du libellé de TENOLIG de la société FH Orthopedics SAS (FH) inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 07-03-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-02-2013 (JO du 07-03-2013) relatif au changement de distributeur de l'orthèse d'avancée mandibulaire AMO de la société Orthosom inscrite au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-02-2013 (JO du 07-03-2013) relatif relatif à la modification des références et à l'ajout de deux références du coussin en mousse viscoélastique type à mémoire de forme CARPENTER VISCOLUX de la société CARPENTER SAS au chapitre 2 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-02-2013 (JO du 07-03-2013) relatif à la modification des conditions d'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire Narval ORM de la société RESMED inscrite au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis rectifiant l'avis relatif aux prix de cession en euros (HT) et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) des forfaits associant un forfait de traitement de l'apnée du sommeil avec un appareil à pression positive continue et un forfait d'oxygénothérapie visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-02-2013 (JO du 05-03-2013) relatif à l'ajout de références et au renouvellement d'inscription du pansement URGOSTART des laboratoires URGO au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et prix limites de vente (PLV) en euros TTC des pansements URGOSTART visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du **27-02-2013** (Jo du 05-03-2013) portant portant radiation de l'implant de genou non cimenté de la société Smith & Nephew Orthopaedics France SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-02-2013 (JO du 19-02-2013) portant radiation de produits de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif au renouvellement d'inscription de l'acide L-polylactique NEW-FILL de la société SANOFI AVENTIS France inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à la subordination de la prise en charge à l'accord préalable du médecin-conseil du forfait 6 relatif à la ventilation assistée inférieure à 12 heures inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif au renouvellement d'inscription et à la modification des modalités de prise en charge du substitut osseux OSTIBONE de la société FH ORTHOPEDICS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à la modification des conditions de prise en charge et de la date de fin de prise en charge de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH TX2 PROFORM, à la modification de la date de fin de prise en charge de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH TX2 sur mesure et à la radiation de références des endoprothèses aortiques thoraciques ZENITH TX1 et ZENITH TX2 de la société COOK France inscrites au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription du système d'implant cochléaire DIGISONIC SP EVO de la société Neurelec SA au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-02-2013) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du système d'implant cochléaire DIGISONIC SP EVO visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription du système implantable et non rechargeable de neurostimulation médullaire ITREL 4 de la société MEDTRONIC au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-02-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système implantable et non rechargeable de neurostimulation médullaire ITREL 4 visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription d'endoprothèses aortiques abdominales fenêtrées sur mesure ZENITH FENESTRATED BRANCH DEVICE et FENESTRATED DEVICE de la société COOK FRANCE au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-02-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses aortiques abdominales sur mesure ZENITH FENESTRATED BRANCH DEVICE et FENESTRATED DEVICE visées à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription de la compresse imprégnée d'acide hyaluronique EFFIDIA et de la crème à l'acide hyaluronique EFFIDIA de la société FIDIA FARMACEUTICI SPA au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-02-2013) relatif aux prix de cession, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la compresse imprégnée d'acide hyaluronique EFFIDIA et de la crème à l'acide hyaluronique EFFIDIA visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription du pansement au charbon actif ACTISORB de la société Systagenix Wound Management Ltd au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS

- Avis (JO du 19-02-2013) relatif aux prix de cession, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pansement au charbon actif ACTISORB visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-02-2013 (JO du 19-02-2013) relatif à l'inscription du pansement au charbon actif ASKINA CARBOSORB de la société B. BRAUN Medical SAS au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-02-2013) relatif aux prix de cession, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du pansement au charbon actif ASKINA CARBOSORB visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 22-01-2013 portant radiation des prothèses respiratoires pour trachéotomie inscrites sous description générique au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 09-01-2013 (JO du 16-01-2013) portant modification des modalités d'inscription et de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour le traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 16-01-2013) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des prestations de la pression positive continue (PPC) pour le traitement de l'apnée du sommeil visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 16-01-2013) relatif aux prix de cession en euros HT, aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des forfaits associant un forfait de traitement de l'apnée du sommeil avec un appareil à pression positive continue et un forfait d'oxygénothérapie visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 03-01-2013 (JO du 09-01-2013) relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN XT modèle 9300 TFX associée au système de pose ASCENDRA+ de la société EDWARDS Lifesciences SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-01-2013 (JO du 09-01-2013) relatif à l'ajout de la sonde PENTA au système implantable et rechargeable de neurostimulation médullaire EON de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-01-2013 (JO du 08-01-2013) relatif à l'inscription des systèmes de compression veineuse bibandes URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE des Laboratoires URGO au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-01-2013) relatif aux tarifs en euros TTC des systèmes de compression veineuse bibandes URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE visés à l'article L. 165-1 du CSS.

2012

Décembre

- Arrêté du 21-12-2012 (JO du 01-01-2013) rectifiant l'arrêté du 27 juillet 2012 relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN XT modèle 9300 TFX de la société EDWARDS Lifesciences SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 19-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à la modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT et à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II de la société MEDTRONIC France au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 26-12-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à la modification d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH LOW PROFILE de la société COOK France au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à l'ajout de nouvelles références de composants auxiliaires destinés à être utilisés avec les endoprothèses ZENITH ou ZENITH FLEX de la société COOK France inscrites au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 19-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à l'ajout du processeur de son BP110 POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société Cochlear France SAS au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables et au renouvellement d'inscription de cette prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 26-12-2012) relatif au tarif en euros TTC du processeur de son BP110 POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-12-2012 (JO du 26-12-2012) portant modification des modalités de prescription et d'utilisation, du distributeur et de la date de fin de prise en charge des stents intracrâniens NEUROFORM 3 et NEUROFORM 3 EZ de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrits au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2013) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des stents intracrâniens NEUROFORM 3 et NEUROFORM 3 EZ visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à l'ajout de nouvelles références à la prothèse totale du disque lombaire MOBIDISC de la société LDR MEDICAL inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-12-2012 (JO du 26-12-2012) relatif à l'ajout d'une référence du système de télésurveillance HOME MONITORING pour le défibrillateur cardiaque implantable triple chambre LUMAX de la société BIOTRONIK France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-12-2012 (JO du 14-12-2012) relatif au renouvellement d'inscription du stimulateur médullaire non rechargeable ITREL 3 de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-12-2012 (JO du 14-12-2012) portant modification de l'arrêté du 16 juillet 2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre Ier, de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Novembre

- Arrêté du 29-11-2012 (JO du 04-12-2012) portant extension d'indications aux patients de surface corporelle comprise entre 1,2 et 1,5 m² et aux patients d'âge supérieur ou égal à 70 ans, l'ajout de nouvelles références de canules enduites d'héparine et à la modification de la date de fin de prise en charge du produit HEARTMATE II de la société THORATEC EUROPE LIMITED et portant modification de la date de fin de prise en charge du produit THORATEC PVAD, dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) de la société THORATEC EUROPE LIMITED inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 26-11-2012 (JO du 30-11-2012) relatif à l'inscription du concentrateur d'oxygène portable SIMPLYGO de la société PHILIPS France au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 30-11-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du concentrateur portable SIMPLYGO visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 26-11-2012 (JO du 30-11-2012) relatif à l'inscription de la poche de colostomie jetable FLAIR Active XTRA de la société Welland Medical Limited au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 30-11-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la poche de colostomie jetable FLAIR ACTIVE XTRA visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-11-2012 (JO du 22-11-2012) relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire OHA de la société FULCRUM SARL au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 22-11-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'orthèse d'avancée mandibulaire OHA visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 16-11-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-11-2012 (JO du 14-11-2012) relatif à l'inscription du processeur NEPTUNE pour implant cochléaire HiResolution Bionic Ear de la société Advanced Bionics SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 14-11-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du processeur NEPTUNE pour implant cochléaire HiResolution Bionic Ear visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Octobre

- Arrêté du 31-10-2012 (JO du 08-11-2012) relatif aux conditions de prises en charge du dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure de la société Conceptus SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 08-11-2012) relatif à l'inscription de l'orthèse sur mesure utilisant les articulations ODRA de la société PROTEOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-11-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'orthèse sur mesure utilisant les articulations ODRA visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif au renouvellement d'inscription de l'insert et de la tête fémorale pour couple de frottement métal/métal PINNACLE ULTAMET de la société Depuy France inscrits au chapitre 1er du titre III de la LPP prévues à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif relatif à l'ajout des références des défibrillateurs cardiaques implantables LUMAX 740 VR-T et LUMAX 740 DR-T compatibles avec

le système de télésurveillance HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse intra-hépatique VIATORR de la société WL Gore et associés SARL et à la radiation de certaines de ses références au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif à l'inscription d'AFX dans la gamme de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK de la société ENDOLOGIX SA inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
-Avis (JO du 06-11-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire (stents) enrobée de biolimus NOBORI visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif à l'ajout de références à l'endoprothèse coronaire (stents) enrobée de biolimus NOBORI des laboratoires Terumo France SA inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
-Avis (JO du 06-11-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire (stents) enrobée de biolimus NOBORI visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-10-2012 (JO du 06-11-2012) relatif à l'extension des indications concernant l'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant pour l'implant cochléaire HiResolution Bionic Ear de la société Advanced Bionics SARL inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif à l'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO de la société PRODITION France au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-10-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif au renouvellement d'inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre « STRATOS LV-T de la société BIOTRONIK France inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif à l'inscription des patchs cardio-vasculaires issus de dérivés d'origine animale GELSOFT et GELSEAL de la société VASCUTEK France au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-10-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des patchs cardiovasculaires issus de dérivés d'origine animale GELSOFT et GELSEAL visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif au changement de distributeur de coussins et surmatelas d'aide à la prévention des escarres de la société PLEXUS MEDICAL FRANCE inscrits au chapitre 2 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-10-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de coussins et surmatelas d'aide à la prévention des escarres visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) pour enfant MAYZAUD et pour adulte PANTORZOTE de la société MAYZAUD inscrites au chapitre 1er du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif à l'inscription du conduit aortique valvé BIOVALSALVA BIPLEX de la société VASCUTEK France au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-10-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du conduit aortique valvé issu de dérivés d'origine animale BIOVALSALVA BIPLEX visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) rectifiant l'arrêté du 30 août 2012 relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire SOMNODENT de la société SOMNOMED SARL au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif au renouvellement d'inscription du lecteur de glycémie FREESTYLE OPTIUM de la société ABBOTT France inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2012 (JO du 09-10-2012) relatif au renouvellement du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE de la société ATOS MEDICAL SAS inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Arrêté du 07-09-2012 (JO du 05-10-2012) relatif à l'inscription du concentrateur d'oxygène transportable INVACARE SOL O2 et du concentrateur d'oxygène portable INVACARE

XP O2 de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-10-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des concentrateurs d'oxygène INVACARE SOL O2 et INVACARE XP O2 et de leurs forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 07-09-2012 (JO du 14-09-2012) rectifiant l'arrêté du 30 août 2012 relatif à l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde Activa RC de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 14-09-2012) rectificant l'avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Août

- Arrêté du 31-08-2012 (JO du 07-09-2012) relatif à l'inscription du forfait d'implantation du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR de la société BERLIN HEART GmbH et du forfait de maintenance associé au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 31-08-2012 (JO du 07-09-2012) relatif à l'inscription de l'endoprothèse artérielle VIABAHN de la société WL GORE & Associés au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 07-09-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse vasculaire VIABAHN visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-08-2012 (JO du 05-09-2012) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie FLEX FOOT BALANCE de la société ÖSSUR Europe BV au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS
- Avis (JO du 05-09-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie FLEX FOOT BALANCE visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 30-08-2012 (JO du 05-09-2012) relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire SOMNODENT de la société SOMNOMED SARL au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-09-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'orthèse d'avancée mandibulaire SOMNODENT visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-08-2012 (JO du 05-09-2012) rectifiant l'arrêté du 10 juillet 2012 relatif à l'inscription de l'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT PRO de la société ABBOTT France au chapitre 1er du titre III de la LPP prévues à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-09-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-08-2012 (JO du 05-09-2012) relatif à l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la lLPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-08-2012 (JO du 05-09-2012) relatif à l'extension des indications concernant l'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant pour des implants cochléaires des sociétés Cochlear France SAS, Neurelec et Vibrant MED-EL Hearing Technologie inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 10-08-2012) relatif à l'ajout des sondes INFINION et INFINION TRIAL au système implantable et rechargeable de neurostimulation médullaire PRECISION de la société BOSTON Scientific SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 10-08-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des sondes INFINION et INFINION TRIAL visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation INVIVE CRT-P modèles W 172 et W 173 de la société Boston Scientific SAS au chapitre IV du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-08-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du stimulateur cardiaque implantable INVIVE CRT-P visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 02-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif au renouvellement d'inscription des systèmes sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance ZOMAJET VISION X et ZOMAJET 2 VISION et à la radiation de l'adaptateur-flacon ZOMAJET VISION X de la société FERRING SAS inscrits au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 02-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif à l'inscription de l'endoprothèse pour embolisation PIPELINE de la société EV3 SAS inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du **09-08-2012**) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse PIPELINE visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif à l'inscription de la cassette pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE et du kit pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE de la société Roche Diagnostics au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-08-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la cassette pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE et du kit pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK MOBILE visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif au changement de nom de l'anneau gastrique SAGB (code 3168409) de la société ETHICON SAS division ETHICON ENDO-SURGERY inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 09-08-2012) relatif à l'extension d'indication, l'ajout de références et la radiation de certaines références de la gamme de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK de la société ENDOLOGIX SA inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 08-08-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du neurostimulateur du nerf vague NeuroCybernetic Prothesis (NCP) visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) rectifiant l'arrêté du 4 juillet 2012 relatif à l'inscription de la prothèse respiratoire et phonatoire modulaire à usage unique ECH HEIMOMED de la société IST Medical au chapitre 4 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) relatif au changement de distributeur et au renouvellement d'inscription de la chaussure thérapeutique de série à usage prolongé (CHUP) pour enfant JASOUPLE (modèles OLYMPIC et BENGALE/BRISTOL) inscrite au chapitre 1er du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie MEDI PANTHERA CF1 de la société MEDI France au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-08-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie MEDI PANTHERA visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à la modification des conditions d'inscription du genou monoaxial 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique SEQUENT de la société LINVATEC France SARL au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-08-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du système de réparation méniscale SEQUENT visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-08-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à relatif à la modification des conditions d'inscription de l'implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface AMS 700 InhibiZone de la société AMS France SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé LONGEVITY de la société ZIMMER au chapitre 1er du titre III de la LPP prévues à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-08-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'insert en polyéthylène hautement réticulé LONGEVITY visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'inscription de l'électrode chirurgicale SPECIFY 5-6-5 pour les systèmes de neurostimulation médullaire implantables PRIMEADVANCED, RESTORESENSOR et RESTOREADVANCED de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 31-07-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'électrode chirurgicale SPECIFY 5-6-5 pour neurostimulateur médullaire visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'inscription des systèmes pour stimulation cérébrale profonde LIBRA et LIBRA XP de la société Saint Jude Medical France au chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 08-08-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système pour stimulation cérébrale profonde LIBRA et LIBRA XP de la société Saint Jude Medical France visée à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à l'ajout de références au stent intracrânien auto-expansible CODMAN ENTERPRISE de la société CODMAN France inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif à à l'inscription des accessoires du stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4 de la société Synapse Biomedical Europe au chapitre 4 du titre Ier et à leur radiation du chapitre 4 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 31-07-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des accessoires pour le stimulateur phrénique NEURX DPS VRA/4 visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 31-07-2012 (JO du 08-08-2012) relatif au changement de dénomination de la société Cyberonics Europe SA/NV inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 27-07-2012 (JO du 02-08-2012) relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée COREVALVE de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 02-08-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire par voie percutanée COREVALVE visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-07-2012 (JO du 02-08-2012) relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN XT modèle 9300 TFX de la société EDWARDS Lifesciences SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Décision du 27-07-2012 (JO du 02-08-2012) fixant les tarifs et prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée EDWARDS SAPIEN XT modèle 9300 TFX de la société EDWARDS Lifesciences SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 10-07-2012 (JO du 17-07-2012) relatif à l'inscription de l'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT PRO de la société ABBOTT France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 17-07-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT PRO visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif à la radiation du générateur de champs électromagnétiques pulsés PHYSIO-STIM de la société Orthofix SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 05-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif à l'extension des indications prises en charge au traitement des sténoses du tronc commun gauche non protégé et à l'inscription de deux diamètres (4,5 mm et 5 mm) de l'endoprothèse coronaire TAXUS ELEMENT de la société Boston Scientific SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-07-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire TAXUS ELEMENT visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 05-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif au changement de distributeur des prothèses de distributeur des prothèses vasculaires des gammes HEMASHIELD et à la radiation de certaines prothèses vasculaires de la société Meadox inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-07-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des prothèses vasculaires des gammes HEMASHIELD visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif au renouvellement des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI et à la radiation des corps bifurqués et jambages ZENITH et ZENITH FLEX de la société Cook France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-07-2012 (Jo du 11-07-2012) relatif au changement de distributeur de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK de la société LeMaître Vascular SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-07-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique POWERLINK visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale TALENT LPS HDS et à la radiation de l'endoprothèse aortique abdominale TALENT LPS X de la société Medtronic France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-07-2012 (JO du 11-07-2012) relatif à l'inscription de la prothèse respiratoire et phonatoire modulaire à usage unique ECH HEIMOMED de la société IST Medical au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 11-07-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de la prothèse respiratoire et phonatoire ECH HEIMONED visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 28-06-2012 (JO du 03-07-2012) relatif à l'inscription du coussin en mousse viscoélastique type à mémoire de forme CARPENTER VISCOLUX de la société CARPENTER SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 03-07-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du coussin en mousse viscoélastique CARPENTER VISCOLUX visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 12-06-2012) aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC des podo-orthèses visées à l'article L. 165-1 du CSS.

Mai

- Décision du 22-05-2012 (JO du 09-10-2012) relative à la mise sous accord préalable d'une prestation inscrite sur la liste des produits et prestations de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP)

- Avis (JO du 04-05-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du lecteur d'automesure de l'INR CoaguChek XS et de la bandelette associée visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 03-05-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du genou monoaxial C-LEG 3C100 et de la prestation associée visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-05-2012 (JO du 08-05-2012) relatif aux prothèses de resurfaçage et à leur date de fin de prise en charge inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 02-05-2012 (JO du 08-05-2012) relatif à l'inscription de la bioprothèse valvulaire par voie transcutanée MELODY de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-05-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la bioprothèse valvulaire par voie percutanée MELODY visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 03-04-2012 (JO du 06-04-2012) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale fenêtrée ZENITH FENESTRATED de la société COOK France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-04-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse aortique abdominale fenêtrée ZENITH FENESTRATED visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 05-04-2012) rectifiant les tarifs et les prix limites de vente au public en euros TTC du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Arrêté du 20-03-2012 (JO du 14-04-2012) relatif à l'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL de la société PHILIPS France au chapitre 1 du titre I de la LPP (rectificatif)

- Arrêté du 20-03-2012 (JO du 23-03-2012) relatif à l'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL de la société PHILIPS France au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 23-03-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation ULTRAFILL visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-03-2012 (JO du 13-03-2012) relatif au renouvellement d'inscription du pansement interface URGOTUL DUO des laboratoires URGO inscrit au chapitre 3 du titre Ier de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-03-2012 (JO du 13-03-2012) relatif à la modification de la date de fin de prise en charge du forfait journalier de location dela pompe à insuline externe inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la LPP prévue à l'article L.165-1 du CSS.

Février

- Arrêté du 16-02-2012 (JO du 22-02-2012) relatif à la modification d'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation VENTURE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 16-02-2012 (JO du 22/02/2012) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III TRITON de la société OTTO BOCK France SNC au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 22-02-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie TRITON visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 16-02-2012 (JO du 22-02-2012) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie de classe II PROMENADE et SENATOR de la société Freedom Innovations Europe BV au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 22-02-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pieds à restitution d'énergie PROMENADE et SENATOR visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 16-02-2012 (JO du 22-02-2012) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie de classe III RE-FLEX de la société ÖSSUR EUROPE BV au chapitre 7 du titre II de la LPP.

- Avis (JO du 22-02-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du pied à restitution d'énergie RE-FLEX visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-02-2012 (JO du 22-02-2012) relatif relatif à l'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques TAG et Conformable TAG de la société WL GORE & Associés au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-02-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses aortiques thoraciques TAG et Conformable TAG visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-02-2012 (JO du 21-02-2012) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 21-02-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de l'endoprothèse coronaire PROMUS ELEMENT PLUS visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-02-2012 (JO du 21-02-2012) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie HIGHLANDER, SIERRA, SILHOUETTE et PACIFICA LP de la société Freedom Innovations Europe BV au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 21-02-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des pieds à restitution d'énergie HIGHLANDER, SIERRA, SILHOUETTE et PACIFICA LP visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 15-02-2012 (JO du 21-02-2012) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE et RESOLUTE INTEGRITY de la société MEDTRONIC France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-02-2012 (JO du 21-02-2012) relatif à l'inscription de la solution viscoélastique SYNOCROM en boîte d'une seringue de la société Croma Pharma au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 21-02-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la solution viscoélastique SYNOCROM visée à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Avis (JO du 19-01-2012) relatif aux conditions générales de prise en charge des appareillages inscrits aux chapitre 5 (prothèses oculaires et faciales), chapitre 6 (podo-orthèses) et chapitre 7 (orthoprothèses) du titre II de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 16-01-2012 (JO du 24-01-2012) portant radiation de dispositifs médicaux de la LPP.
- Arrêté du 16-01-2012 (JO du 24-01-2012) relatif à l'inscription du système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateurs cardiaques implantables de la société MEDTRONIC France SAS
- Avis (JO du 24 -01-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système de télésurveillance CARELINK visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-01-2012 (JO du 19-01-2012) relatif à la modification d'indication des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrites au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2012) rectifiant l'avis du 03-01-2012 relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-01-2012 (JO du 10-01-2012) portant radiation de dispositifs médicaux de la LPP.

2011

Décembre

- Avis (JO du 27-12-2011) relatif aux nouveaux tarifs et aux nouveaux prix limites de vente au public en euros TTC des ancres méniscales OMNISPAN, J FAST PDS, FAST FIX, ULTRA FAST FIX et FAST FIX 360 visées à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 26-12-2011 (JO du 17-02-2012) relatif **à** l'inscription d'un set de pansements pour plaies postopératoires inférieures à 5 cm au chapitre 3, titre I, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 17-02-2012) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du set pour plaie postopératoire pour plaies inférieures à 5 cm visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 26-12-2011 (JO du 24-01-2012) relatif à l'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR (surface corporelle inférieure à 1,2 m²) de la société BERLIN HEARTH GmbH au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-01-2012) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC du forfait de location maintenance et du dispositif d'assistance circulatoire mécanique EXCOR (surface corporelle inférieure à 1,2 m²) visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 22-12-2011 (JO du 27-12-2011) relatif au changement de distributeur de l'ancre méniscale J. FAST PDS et à la modification des conditions d'inscription des ancres méniscales inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 21-12-2011 (JO du 03-01-2012) relatif à l'inscription des pansements à l'argent Urgocell Ag Border et Urgotul Ag Lite Border et au changement de dénomination des pansements à l'argent Urgotul Duo Ag et Cellosorb Ag des Laboratoires URGO au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 03-01-2012) relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-12-2011 (JO du 27-12-2011) portant modification des conditions de prise en charge du forfait relatif à l'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation à base d'oxygène liquide du chapitre 1, titre I, de la LPP.
- Arrêté du 20-12-2011 (JO du 03-01-2012) relatif à la modification des modalités de prise en charge des cathéters et accessoires pour pompe à insuline externe et de la prestation pour pompe à insuline externe et à la modification de la date de fin de prise en charge du forfait de formation technique individuelle d'initiation à l'utilisation de la pompe à insuline externe inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 03-01-2012) relatif à la fixation des prix de cession en euros HT et des tarifs et prix limites de vente au public en euros TTC de produits et prestations relatifs à l'insulinothérapie par pompe externe visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-12-2011 (JO du 30-12-2011) relatif à l'inscription de sets de pansements pour plaies chroniques au chapitre 3, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 30-12-2011) de fixation des prix de cession en euros HT des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC de sets de pansements pour plaies chroniques visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 21-12-2011 (JO du 27-12-2012) fixant le nouveau tarif et le nouveau prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de l'ancre méniscale LACTOSORB visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 21-12-2011 (JO du 27-12-2011) fixant le nouveau tarif et le nouveau prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de l'ancre méniscale MENISCAL CINCH visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-12-2011 (JO du 15-12-2011) rectifiant l'arrêté du 29-11-2011 relatif à l'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société ABS-Bolton Medical au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 07-12-2011 (JO du 13-12-2011) relatif au défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST WCD 3100 de la société IST CARDIOLOGY SAS France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 13-12-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC du défibrillateur cardiaque externe implantable LIFEVEST visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 02-12-2011 (JO du 07-12-2011) relatif à l'inscription des implants cochléaires Nucleus CI422 et Nucleus CI551 de la société COCHLEAR France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-12-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des implants cochléaires Nucleus CI422 et Nucleus CI551 visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 02-12-2011 (JO du 07-12-2011) relatif à l'inscription des prothèses totales de disque lombaire MOBIDISC de la société LDR Médical, MAVERICK de la société MedtronicFrance et PRODISC L de la société SYNTHES SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-12-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC des prothèses totales de disque lombaire visées à l'article L. 165-1 du CSS.

Novembre

- Arrêté du 29-11-2011 (JO du 02-12-2011) relatif à l'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS de la société ABS-Bolton Medical au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 02-12-2011) relatif aux prix limites de vente au public en euros TTC des endoprothèses aortiques thoraciques RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-11-2011 (JO du 01-12-2011) relatif au renouvellement d'inscription des cotyles monoblocs sans ciment en polyéthylène RM CLASSIC et RM PRESSFIT de la société MATHYS ORTHOPEDIE SAS inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 23-11-2011 (JO du 29-11-2011) relatif aux modifications des conditions d'inscription des prothèses totales de cheville et au changement de distributeur et renouvellement d'inscription de la prothèse de cheville STAR de la société LINK SARL inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 29-11-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-11-2011 (JO du 29-11-2011) relatif à l'inscription de la solution stérile pour usage ophtalmique topique OPTIVE des laboratoires ALLERGAN France SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 29-11-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de la solution stérile pour usage ophtalmique topique OPTIVE visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 18-11-2011 relatif à l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC de la société MEDTRONIC France SAS et relatif à des modifications de dénomination des éléments d'ACTIVA et d'ACTIVA PC au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-12-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-11-2011 (JO du 22-11-2011) relatif au changement de distributeur du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE et des prothèses respiratoires PROVOX HME et PROVOX LaryTube de la société COLLIN LARYNGOLOGIE SAS inscrits au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 22-11-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE et des prothèses respiratoires PROVOX HME et PROVOX LaryTube visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-11-2011 (JO du 22-11-2011) relatif à la modification des conditions de prescription et d'utilisation et au renouvellement d'inscription des solutions stériles de hyaluronate de sodium à 0,18 % pour usage ophtalmique topique VISMED et VISMED MULTI de la société HORUS PHARMA et HYLOVIS et HYLOVIS MULTI de la société TRB CHEMEDICA SAS inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 03-11-2011) relatif au tarif en euros TTC du forfait accessoire pour implants cochléaires à l'article L. 165-1 du CSS.

Octobre

- Arrêté du 28-10-2011 (JO du 03-11-2011) relatif à l'inscription du genou monoaxial RHEO KNEE de la société ÖSSUR EUROPE BV au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 03-11-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-10-2011 (JO du 03-11-2011) relatif à la modification des conditions d'inscription du genou monoaxial 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 28-10-2011 (JO du 03-11-2011) relatif à l'inscription de sets de pansements pour plaies post-opératoires au chapitre 3, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 03-11-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 14-10-2011 (JO du 19-10-2011) fixant les tarifs en euros TTC du forfait visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-10-2011 (JO du 12-10-2011) relatif au changement de dénomination du lecteur de glycémie OPTIUM XCEED et de l'électrode pour autocontrôle de la cétonémie OPTIUM béta CETONE de la société ABBOTT France inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP
- Avis (JO du 12-10-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 07-10-2011) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Avis (JO du 30-09-2011) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER visée à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-09-2011 (JO du 30-09-2011) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications d'inscription des greffons et des têtes fémorales du laboratoire Tissue Bank of France (TBF) inscrits au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 27-09-2011 (JO du 30-09-2011) relatif au changement de nom de la société, à la modification de la date de fin de prise en charge et aux modifications d'inscription du fauteuil roulant électrique monte-marches TOPCHAIR-S de la société Topchair SAS au chapitre 1 du titre IV de la LPP.
- Avis (JO du 30-09-2011) relatif au tarif de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-09-2011 (JO du 30-09-2011) relatif à l'extension d'indications de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER et à l'inscription des références EXCLUDER avec système de pose GORE C3 de la société WL Gore et associés SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-09-2011 (JO du 27-09-2011) relatif à l'inscription des patchs vasculaires ALBOSURE de la société LeMaitre Vascular au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-09-2011 (JO du 27-09-2011) portant radiation de dispositifs médicaux de la LPP.
- Arrêté du 20-09-2011 (JO du 27-09-2011) portant radiation de dispositifs médicaux de la LPP.
- Arrêté du 20-09-2011 (JO du 27-09-2011) relatif à l'inscription des systèmes d'implants cochléaires CONCERTO et CONCERTO PIN de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 27-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-09-2011 (JO du 27-09-2011) relatif à l'inscription de l'ancre méniscale FAST-FIX 360 de la société Smith & Nephew au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-09-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-09-2011 (JO du 27-09-2011) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications d'inscription des greffons et des têtes fémorales de la société BIOBANK inscrits au chapitre 3 du titre III de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 27-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 16-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2011 (JO du 13-09-2011) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie composé du générateur/compresseur PARI BOY SX et du nébuliseur LC SPRINT BABY ou du nébuliseur LC SPRINT STAR de la société PARI GmbH au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2011 (JO du 13-09-2011) relatif à la modification des conditions d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables et à l'ajout de références au système de télésurveillance LATITUDE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS
- Avis (JO du 13-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2011 (JO du 13-09-2011) relatif à l'inscription du jambage iliaque ZENITH SPIRAL-Z pour endoprothèses aortiques abdominales ZENITH FLEX et ZENITH RENU de la société COOK France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2011 (JO du 09-09-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse périphérique à libération de principe actif (paclitaxel) ZILVER PTX de la société COOK France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 09-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2011 (JO du 09-09-2011) relatif à la modification d'indication des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE V et XIENCE PRIME de la société ABBOTT France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Août

- Arrêté du 24-08-2011 (JO du 22-09-2011) relatif à la modification d'inscription et des conditions de prise en charge des implants digestifs annulaires pour gastroplastie inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-09-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS

- Arrêté du 24-08-2011 (JO du 22-09-2011) relatif à la radiation de l'implant annulaire non ajustable de gastroplastie SILIBAND de la société SURGICAL-IOC inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'extension d'indications de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX AUI de la société COOK France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif au renouvellement et à la modification d'inscription du verre scléral SPOT du laboratoire d'appareillage oculaire au chapitre 5 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à la radiation du générateur champs électromagnétiques pulsés PHYSIO-STIM LITE de la société ORTHOFIX SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la CSS.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-08-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'inscription du cotyle monobloc RM PRESSFIT VITAMYS et de l'insert SELEXYS VITAMYS de la société MATHYS ORTHOPEDIE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-08-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'inscription du corps bifurqué One Lok de l'endoprothèse Anaconda de la société VASCUTEK France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 31-08-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2011) relatif à l'inscription aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif à l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis du 31-08-2011 (JO du 31-08-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-08-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-08-2011) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 02-08-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 28-07-2011 (JO du 09-08-2011) relatif à la radiation de l'implant sphinctérien anal ACTICON NEOSPHINCTER de la société AMS France inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 26-07-2011) relatif au renouvellement d'inscription des aliments diététiques ORAL IMPACT et IMPACT ENTERAL de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 26-07-2011) relatif aux prix de cession en euros HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 26-07-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 20-07-2011 (JO du 26-07-2011) rectifiant l'arrêté du 24-05-2011 relatif à la modification des conditions d'inscription du nez artificiel CYRANOSE et à l'inscription des éléments complémentaires de la gamme CYRANOSE GLOBAL SYSTEM de la société CEREDAS au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 26-07-2011) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK de la société LeMaître Vascular SAS inscrite au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 26-07-2011) relatif au renouvellement d'inscription du neurostimulateur médullaire GENESIS de la société Saint Jude Medical France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 22-07-2011) relatif à la modification de la dénomination de la rubrique société et au renouvellement d'inscription de la solution pour pulvérisations endobuccales AEQUASYAL du laboratoire EISAI SAS inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 22-07-2011) pris en application de l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-07-2011 (JO du 22-07-2011) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie composé du générateur INSPIRATION ELITE et du nébuliseur SIDESTREAM de la société PHILIPS France Activité Healthcare au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 13-07-2011) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Décision du 17-06-2011 (JO du 23-06-2011) fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 17-06-2011 (JO du 23-06-2011) relatif à la modification des modalités d'inscription et aux radiations de greffons vasculaires inscrits au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-06-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2011 (JO du 22-06-2011) relatif à l'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société COCHLEAR France SAS au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-06-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2011 (JO du 22-06-2011) relatif à l'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE de la société HEARTWARE INTERNATIONAL Inc au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-06-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'un produit et d'une prestation visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2011 (JO du 22-06-2011) relatif à l'inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique OMNISPAN de la société DEPUY MITEK au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-06-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2011 (JO du 22-06-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de biolimus BIOMATRIX FLEX de la société BIOSENSORS Int. France SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-06-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Mai

- Arrêté du 27-05-2011 (JO du 01-06-2011) relatif à l'inscription des aliments diététiques PEPTAMEN et PEPTAMEN HN de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 01-06-2011) relatif aux prix de cession HT et aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-05-2011 (JO du 27-05-2011) relatif à la modification des conditions d'inscription du nez artificiel CYRANOSE et à l'inscription des éléments complémentaires de la gamme CYRANOSE GLOBAL SYSTEM de la société CEREDAS au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 27-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 17-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-05-2011 (JO du 13-05-2011) relatif à l'inscription de nouvelles lignes génériques de caches oculaires au chapitre 2 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 13-05-2011) relatif aux tarifs en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-05-2011 (JO du 12-05-2011) relatif à l'ajout de références à l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA de la société VASCUTEK France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-05-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-05-2011 (JO du 12-05-2011) relatif à l'inscription de l'implant d'embolisation liquide Onyx de la société EV3 SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-05-2011 (JO du 12-05-2011) relatif à l'inscription du stimulateur phrénique intradiaphragmatique ATROSTIM de la société Medwin Medical Group France au chapitre 4 du titre I et au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-05-2011 (JO du 11-05-2011) relatif à l'inscription des micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens Orbit Galaxy forme simple et complexe de la société Codman France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 04-05-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 13-04-2011 (JO du 19-04-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH LOW PROFILE de la société COOK France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-04-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 07-04-2011 (JO du 12-04-2011) relatif à l'extension d'indications des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH et ZENITH FLEX de la société COOK France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-04-2011 (JO du 12-04-2011) relatif à l'inscription du neurostimulateur médullaire RestoreSENSOR de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-04-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-04-2011 (JO du 12-04-2011) relatif à l'inscription de la pommade à l'urée pour avulsion chimique de l'ongle ONYSTER de la société Pierre Fabre Dermatologie au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 12-04-2011) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-04-2011 (JO du 14-04-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-04-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Arrêté du 21-03-2011 (JO du 24-03-2011) relatif au renouvellement d'inscription de la solution d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire DUROLANE de la société Smith & Nephew Orthopaedics inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 21-03-2011 (JO du 24-03-2011) relatif à l'inscription des sets d'autosurveillance de la glycémie et des sets de prélèvement de sang capillaire au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-03-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-03-2011 (JO du 24-03-2011) relatif à la modification d'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation INVACARE VENTURE HOMEFILL II et à l'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-03-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 16-03-2011 (JO du 22-03-2011) relatif à l'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-03-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 15-03-2011 (JO du 18-03-2011) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie DYNASTAR de la société PROTEOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 18-03-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-03-2011 (JO du 18-03-2011) relatif à la modification de la dénomination sociale de la société NEWDEAL SA, au renouvellement d'inscription et à l'ajout de références de la prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société NEWDEAL SA inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-03-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-03-2011 (JO du 18-03-2011) relatif aux modifications des conditions d'inscription et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire HELISTENT TITAN 2 de la société HEXACATH France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-03-2011 (JO du 18-03-2011) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-03-2011 (JO du 15-03-2011) relatif à l'extension des indications du système neuromodulateur des racines sacrées (S3) implantable INTERSTIM de la société Medtronic France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-03-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Février

- Arrêté du 25-02-2011 (JO du 27-02-2011) relatif à la modification des conditions de prise en charge des appareils pour lecture automatique de la glycémie, dits lecteurs de glycémie, inscrits au chapitre 1du titre I de la LPP.

- Arrêté du 23-02-2011 (JO du 01-03-2011) relatif à la modification d'inscription du neurostimulateur médullaire PRECISION de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-02-2011 (JO du 01-03-2011) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire PRO-KINETIC de la société Biotronik France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-02-2011 (JO du 01-03-2011) relatif à l'inscription de la location et maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 de la société IST Cardiology SARL au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 01-03-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'une prestation visée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-02-2011 (JO du 24-02-2011) relatif à la radiation de produits de la LPP.
- Arrêté du 21-02-2011 (JO du 24-02-2011) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE V et XIENCE PRIME de la société ABBOTT France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2011 (JO du 23-02-2011) relatif aux modifications des conditions d'inscription et au changement de distributeur du neurostimulateur médullaire GENESIS de la société ANS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-02-2011 (JO du 23-02-2011) relatif à la modification des conditions d'inscription du neurostimulateur médullaire GENESIS de la société Saint Jude Medical France inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-02-2011 (JO du 18-02-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de paclitaxel TAXUS ELEMENT de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-02-2011 (JO du 18-02-2011) relatif au renouvellement d'inscription de la prothèse externe myoélectrique pour membre supérieur MYOBOCK de la société OTTO BOCK France inscrite au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 08-02-2011 (JO du 15-02-2011) relatif à l'inscription du système de nébulisation eFLOW RAPID au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 15-02-2011) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-02-2011 (JO du 15-02-2011) relatif à la radiation du système de nébulisation eFLOW de la société PARI GmbH inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 22-02-2011) relatif au changement de distributeur et au renouvellement d'inscription des micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS & DCS Orbit forme simple et complexe de la société CORDIS SAS inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 25-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 10-02-2011) relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus XIENCE V et XIENCE PRIME de la société ABBOTT France SAS inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 10-02-2011) relatif à la radiation de l'aliment diététique Oral Impact Powder de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 10-02-2011) relatif à l'inscription de l'articulation de genou pour orthèse de membre inférieur SPL BASKO de la société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 10-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 10-02-2011) relatif au changement de dénomination de l'implant osseux OSTIM de la société FH ORTHOPEDICS SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 10-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 10-02-2011) relatif au changement de distributeur et au changement de dénomination des implants vasculaires de pontage SEALPTFE de la société SULZER CARDIOVASCULAR inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie DYNAWALK M1, DYNAWALK M2R et DYNAWALK M2LP de la société MEDI FRANCE au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 09-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif aux modifications des conditions de prise en charge et de la date de fin de prise en charge de l'aliment diététique pour nutrition entérale PEPTAMEN JUNIOR de la société Nestlé Clinical Nutrition SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 09-02-2011) relatif au prix de cession HT, au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif à la modification de la date de fin de prise en charge de l'ensemble des endoprothèses coronaires dites « stents » à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie CATALYST 9 du groupe G2M-JANTON DISTRIBUTION au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 09-02-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif au changement de dénomination du pansement hydrocellulaire CELLO START des Laboratoires URGO inscrit au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 09-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 15-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-02-2011 (JO du 09-02-2011) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie ADJUST 1M10 de la société OTTO BOCK au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 09-02-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 03-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 03-02-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 31-01-2011 (JO du 03-02-2011) relatif au renouvellement d'inscription du stimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP) de la société Cyberonics inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 31-01-2011 (JO du 03-02-2011) relatif au renouvellement de l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-01-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-01-2011 (JO du 14-01-2011) relatif la radiation des implants et insert pour prothèse de cheville AES, de la société TRANSYSTEME inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-01-2011 (JO du 14-01-2011) relatif à la radiation de l'endoprothèse aorto-uni-iliaque sur mesure ou standard ZENITH de la société Cook France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-01-2011 (JO du 14-01-2011) relatif à la radiation d'allogreffes osseuses traitées par Ostéopure de la société OST DEVELOPPEMENT inscrites au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 07-01-2011 (JO du 13-01-2011) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre FORTIFY VR et FORTIFY ST VR, double chambre FORTIFY DR et FORTIFY ST DR et triple chambre UNIFY de la société SAINT JUDE MEDICAL France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-01-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-01-2011 (JO du 12-01-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA de la société Medtronic France au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-01-2011) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 06-01-2011 (JO du 12-01-2011) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aorto-uni-iliaque sur mesure ZENITH FLEX AUI de la société Cook France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-01-2011) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

2010

Décembre

- Arrêté du 31-12-2010 (JO du 07-01-2011) relatif à la radiation de l'adaptateur de rotation 1K51 de la société PROTEOR inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 21-12-2010) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Décision du 15-12-2010 (JO du 21-12-2010) fixant le tarif en euros TTC du forfait visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 15-12-2010 (JO du 21-12-2010) relatif au renouvellement d'inscription d'allogreffes osseuses traitées par Ostéopure de la société OST DEVELOPPEMENT au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 21-12-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-12-2010 (JO du 16-12-2010) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie composé du générateur STRATOS PRO et du nébuliseur SIDESTREAM de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 10-12-2010 (JO du 16-12-2010) relatif à la modification d'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre TELIGEN 100 VR, double chambre TELIGEN 100 DR, triple chambre COGNIS 100-D de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-12-2010 (JO du 14-12-2010) relatif à l'inscription du substitut synthétique de l'os CHRONOS INJECT de la société SYNTHES SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-12-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 01-12-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Novembre

- Arrêté du 30-11-2010 (JO du 10-12-2010) relatif à la radiation des patchs équins XAG 400, 420 et 440 de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 30-11-2010 (JO du 07-12-2010) relatif à l'inscription des inserts TRIDENT X3 et TRIDENT CROSSFIRE de la société STRYKER France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-12-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 26-11-2010 (JO du 01-12-2010) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable « triple chambre « CONSULTA CRT-P de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-12-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-11-2010 (JO du 30-11-2010) relatif à l'inscription de l'aliment diététique MODULEN IBD de la société Nestlé Clinical Nutrition SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Avis (JO du 30-11-2010) relatif au prix de cession HT et au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-11-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 18-11-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 12-11-2010 (JO du 18-11-2010) relatif à la modification de dénomination sociale de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-11-2010 (JO du 18-11-2010) rectifiant l'arrêté du 11-10-2010 relatif à l'inscription de l'adaptateur de rotation 4R57=ST de la société OTTO BOCK au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 08-11-2010 (JO du 11-11-2010) relatif au renouvellement d'inscription et au changement de distributeur de l'implant articulaire de hanche METASUL inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-11-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS

Octobre

- Avis (JO du 19-10-2010) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 19-10-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications des conditions d'inscription du genou monoaxial C-LEG 3C100 de la société OTTO BOCK inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 19-10-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif à l'inscription de l'adaptateur de rotation 4R57=ST de la société OTTO BOCK au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 19-10-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-10-2010 (JO du 07-10-2010) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH RENU de la société COOK France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-10-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications des références de la prothèse totale de cheville SALTO de la société TORNIER SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif à l'inscription de l'aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition entérale FRESUBIN DB CONTROL de la société FRESENIUS KABI France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-10-2010) relatif au prix de cession HT et au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif à la radiation de la solution viscoélastique SYNVISC de la société GENZYME SAS inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) du relatif au changement de distributeur et au changement de dénomination de l'orthèse d'avancée mandibulaire ORM des laboratoires NARVAL inscrite au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 19-10-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 11-10-2010 (JO du 19-10-2010) relatif au changement de distributeur du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE et des prothèses respiratoires PROVOX HME de la société COLLIN inscrits au chapitre 1 du titre I et au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 19-10-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Arrêté du 30-09-2010 (JO du 05-10-2010) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible LEO + sur mesure et à la modification du stent intracrânien auto-expansible LEO + STENT de la société BALT Extrusion au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 05-10-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-09-2010 (JO du 30-09-2010) relatif au renouvellement d'inscription des conduits pulmonaires valvés HANCOCK HC105 et HANCOCK HC150 et à la radiation du conduit valvé R-7700 de la société MEDTRONIC France SAS inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 27-09-2010 (JO du 30-09-2010) relatif à la radiation du conduit valvé R 7700-BOVIN de la société Medtronic inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 23-09-2010 (JO du 28-09-2010) rectifiant l'arrêté du 07-09-2010 relatif à la modification des indications des endoprothèses coronaires (dites stents) à libération contrôlée de principe actif et à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 23-09-2010 (JO du 29-09-2010) rectifiant l'arrêté du 07-09-2010 relatif à la modification des indications des endoprothèses coronaires (dites stents) à libération contrôlée de principe actif et à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-09-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 10-09-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-09-2010 (JO du 15-09-2010) relatif à la modification des références de certains accessoires des dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE II et HEARTMATE XVE de la société THORATEC EUROPE LIMITED inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-09-2010 (JO du 15-09-2010) relatif à l'inscription des processeurs SAPHYR CX et SAPHYR SP pour implants cochléaires et implants du tronc cérébral de la société NEURELEC au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-09-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-09-2010 (JO du 15-09-2010) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant sphinctérien périurétral hydraulique AMS 800 de la société AMERICAN MEDICAL SYSTEMS France (AMS) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 07-09-2010 (JO du 14-09-2010) relatif à l'inscription du neurostimulateur médullaire EON de la société SAINT JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-09-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-09-2010 (JO du 10-09-2010) relatif à la modification des indications des endoprothèses coronaires (dites stents) à libération contrôlée de principe actif et à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 07-09-2010 (JO du 15-09-2010) relatif à l'ajout de références à l'endoprothèse auto-extensible XPERT de la société ABBOTT France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 07-09-2010 (JO du 14-09-2010) relatif à l'inscription de l'endoprothèse carotidienne autoexpansible XACT de la société ABBOTT France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-09-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2010 (JO du 30-09-2010) relatif au dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel ALBER E-MOTION de la société Invacare Poirier SAS inscrit au chapitre 3 du titre IV de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2010 (JO du relatif à l'inscription de la crème pour le traitement de la dermatite légère à modérée ATOPICLAIR de la société SINCLAIR PHARMA France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 10-09-2010) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-09-2010 (JO du 10-09-2010) relatif au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire PRO KINETIC ENERGY et à la radiation de l'endoprothèse coronaire LEKTON MOTION de la société BIOTRONIK France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2010 (JO du 10-09-2010) rectifiant l'arrêté du 16-07-2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre I, de la LPP.

Août

- Arrêté du 24-08-2010 (JO du 31-08-2010) fixant pour l'année 2012, par catégorie homogène de produits et prestations, les descriptions génériques devant faire l'objet d'un examen en vue du renouvellement de leur inscription conformément à l'article 27 du décret n° 2004-1419 du 23-12-2004 relatif à la prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif au renouvellement d'inscription et aux conditions de prise en charge du système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit FLOW COLLECTOR de la société B BRAUN Medical SAS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible NEUROFORM EZ 3 de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-08-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif au changement de distributeur de la solution viscoélastique ORTHOVISC de la société VITA RESEARCH inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à la radiation de la solution viscoélastique SUPLASYN du laboratoire NORDIC PHARMA inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 04-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à la radiation de la solution viscoélastique VISCORNEAL ORTHO de la société ALLERGAN inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à la radiation des produits de la gamme OSTEOSET T de la société Wright Medical France inscrits au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif au renouvellement d'inscription de l'adaptateur de rotation 4R57 de la société OTTO BOCK inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à l'inscription de l'aliment diététique NUTRAMIGEN AA de la société Mead Johnson Nutrition France au chapitre 1er du titre Ier de la LPP.
- Avis (JO du 26-08-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire TALI de la société TALI SAS au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 26-08-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT de la société CID VASCULAR SARL au chapitre 1du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-08-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif au changement de distributeur, de dénomination et de renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire CARBOSTENT CHRONO de la société Sorin Group France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif au système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale ACTIVA de la société Medtronic France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre SECURA VR, double chambre SECURA DR et triple chambre CONSULTA CRT-D de la société MEDTRONIC France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-08-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de ventes au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Décision du 30-07-2010 (JO du 17-08-2010) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Décision du 30-07-2010 (JO du 17-08-2010) fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Décision du 30-07-2011 (JO du 17-08-2010) fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 17-08-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-07-2010 (JO du 26-08-2010) relatif à la date de fin de prise en charge sous nom de marque du pansement AQUACEL de la société CONVATEC inscrit au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-07-2010 (JO du 07-08-2010) relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 07-08-2010) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) d'articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre I, de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-07-2010 (JO du 03-08-2010) relatif à la radiation du ligament artificiel pour l'épaule LARS de la société LARS SA inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-07-2010 (JO du 03-08-2010) relatif au renouvellement d'inscription et aux modifications d'inscription du ligament artificiel pour le genou LARS de la société LARS SA inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-07-2010 (JO du 14-07-2010) relatif au renouvellement d'inscription de l'orthèse tubulaire de contention et de compression TUBULCUS des laboratoires INNOTHERA au chapitre 1 du titre II de la LPP.

Juin

- Arrêté du 23-06-2010 (JO du 29-06-2010) relatif aux conditions de prise en charge du neurostimulateur médullaire PRECISION de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 23-06-2010 (JO du 30-06-2010) relatif à l'ajout de références à l'endoprothèse coronaire (stents) enrobée de biolimus NOBORI des laboratoires Terumo France SA inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-06-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-06-2010 (JO du 30-06-2010) relatif à la radiation des micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens Microplex Coil System et Hydrocoïl Embolic System de la société MICROVENTION SARL France inscrites au chapitre 1du titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2010 (JO du 29-06-2010) modifiant l'arrêté du 12-05-2010 relatif aux conditions de prise en charge et à la procédure d'inscription des lits médicaux, des accessoires et prestations associés inscrits à la section 1, chapitre 2, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 29-06-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-06-2010 (JO du 29-06-2010) relatif au changement de distributeur des aliments diététiques NEOCATE et NEOCATE ADVANCE de la société SHS International France inscrits au chapitre 1er du titre Ier de la LPP.
- Avis (JO du 11-06-2010) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 03-06-2010 (JO du 08-06-2010) rectifiant l'arrêté du 31-03-2010 relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Mai

- Arrêté du 27-05-2010 (JO du 02-07-2010) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques simple et double chambre EVIA de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 02-07-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Arrêté du 12-05-2010 (JO du 26-05-2010) modifiant l'arrêté du 04-11-2009 et modifié par arrêté du 18-06-2010 relatif aux modifications des conditions de prise en charge et de la procédure d'inscription des lits médicaux, des accessoires et prestations associés inscrits à la section 1, chapitre 2, titre Ier, de la LPP.

- Arrêté du 05-05-2010 (JO du 11-05-2010) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique Zenith TX2 Proform de la société Cook France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 11-05-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 04-05-2010) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Avril

- Arrêté du 30-04-2010 (JO du 06-05-2010) relatif à la modification des conditions d'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société Cochléar France SAS inscrite au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 30-04-2010 (JO du 04-05-2010) relatif à la modification des conditions de prise en charge du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 30-04-2010 (JO du 04-05-2010) relatif au changement de distributeur, de dénomination et de renouvellement d'inscription du stent intracrânien auto-expansible CORDIS ENTERPRISE de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 29-04-2010 (JO du 04-05-2010) relatif à la modification de la rubrique « Implant de suture percutanée du tendon d'Achille « au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 14-04-2010 (JO du 20-04-2010) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus XIENCE PRIME de la société ABBOTT France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 20-04-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 07-04-2010 (JO du 13-04-2010) relatif à l'inscription du système d'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT de la société ABBOTT France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-04-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 08-04-2010) modifiant l'avis publié au JO du 30-03-2010 du relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Arrêté du 31-03-2010 (JO du 07-04-2010) [modifié par arrêté du 03-06-2010] relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée d'everolimus PROMUS ELEMENT de

la société BOSTON SCIENTIFIC SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-04-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 30-03-2010) [modifié par avis du 27-01-2010] relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-03-2010 (JO du 19-03-2010) précisant les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements inscrits au titre I de la LPP.
- Arrêté du 10-03-2010 (JO du 16-03-2010) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG et au changement de dénomination de la société Fournitures hospitalières (FH) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-03-2010 (JO du 17-03-2010) relatif à l'inscription de la prothèse modulaire de reconstruction fémorale SYSTÈME METS de la société STANMORE IMPLANTS Worldwilde Limited au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 17-03-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-03-2010 (JO du 07-04-2010) relatif au renouvellement d'inscription du substitut synthétique de l'os CALCIBON de la société BIOMET France SARL inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-03-2010 (JO du 11-03-2010) relatif à la modification des conditions d'inscription des sondes urinaires non réutilisables pour autosondage et hétérosondage intermittent inscrites au chapitre 1 du titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 02-03-2010) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants inscrits à la section 5, chapitre 1, titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Février

- Arrêté du 23-02-2010 (JO du 12-03-2010) relatif à l'inscription du stimulateur phrénique intradiaphragmatique NEURX DPS RA/4 de la société Synapse Biomedical Europe au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-03-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-02-2010 (JO du 02-03-2010) relatif à la radiation de produits de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-02-2010 (JO du 02-03-2010) relatif à l'inscription des produits de nutrition orale et entérale destinés aux enfants à la section 5, chapitre 1, titre I de la LPP.
- Arrêté du 23-02-2010 (JO du 26-02-2010) rectifiant les arrêtés du 02-12-2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale inscrits à la sous-section 1, section 5, chapitre 1, titre I, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale et du 23-12-2009 relatif à l'ajout de références de nutriments pour supplémentation orale à la sous-section 1, section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.

- Arrêté du 22-02-2010 (JO du 26-02-2010) relatif à l'inscription du système d'implant cochléaire Nucleus 5 de la société Cochlear France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-02-2010) relatif au tarif et aux prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 25-02-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 19-02-2010 (JO du 24-02-2010) rectifiant l'arrêté du 09-11-2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale et au changement de distributeur des produits de nutrition entérale de la société Celia Clinical Nutrition et des Laboratoires DHN inscrits à la section 5, chapitre 1er, titre Ier, de la LPP.
- Avis (JO du 18-02-2010) de modification des tarifs et des prix limites de vente au public (PLV) de prestations inscrites aux paragraphes 1, 4 et 5 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1, titre I de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 10-02-2010 (JO du 16-02-2010) modifiant l'arrêté du 20-01-2010 relatif à l'inscription du matelas AIRSOFT DUOLIGHT de la société Annie Bauer Confort SARL au chapitre 2 du titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2010 (JO du 10-02-2010) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre, double chambre et triple chambre LUMAX 540 de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 10-02-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-02-2010 (JO du 10-02-2010) relatif à l'inscription du neurostimulateur médullaire PRECISION de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-02-2010) du relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 27-01-2010 (JO du 02-02-2010) modifiant l'arrêté du 07-01-2010 relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de biolimus BIOMATRIX de la société BIOSENSORS Int. France SARL et NOBORI des laboratoires TERUMO France SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 27-01-2010 (JO du 02-02-2010) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie DYNA J de la société PROTEOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 02-02-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 26-01-2010 relatif au changement de distributeur des valves cardiaques des sociétés KOHLER et AORTECH et à la radiation de certaines valves cardiaques de la société KOHLER inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 20-01-2010 (JO du 26-01-2010) [modifié par arrêté du 10-02-2010] relatif à l'inscription du matelas AIRSOFT DUOLIGHT de la société Annie Bauer Confort SARL au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 26-01-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-01-2010 (JO du 26-01-2010) relatif à l'ajout d'une référence à l'implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface AMS 700 InhibiZone de la société AMS France SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Arrêté du 20-01-2010 (JO du 26-01-2010) relatif à l'ajout de références à l'ancre méniscale ULTRA FAST-FIX de la société SMITH & NEPHEW SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-01-2010) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de certains produits d'autosurveillance et d'autotraitement inscrits à la section 3, chapitre 1, titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 13-01-2010) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 12-01-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 12-01-2010) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de certains produits d'autosurveillance et d'autotraitement inscrits à la section 3, chapitre 1, titre I, de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2010 (JO du 15-01-2010) relatif à l'inscription de l'ancre méniscale MENISCAL CINCH de la société ARTHREX SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-01-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-01-2010 (JO du 15-01-2010) [modifié par arrêté du 27-01-2010] relatif à l'inscription des endoprothèses coronaires (stents) enrobées de biolimus BIOMATRIX de la société BIOSENSORS Int. France SARL et NOBORI des laboratoires TERUMO France SA au chapitre 1er du titre III de la LPP. **[erreur dans le JO à l'article 1 lire le code 3133523 à la place du 313323]**
- Avis (JO du 15-01-2010) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 07-01-2010 (JO du 14-01-2010) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable dit « triple chambre « ANTHEM et à la radiation du stimulateur cardiaque implantable dit « triple chambre « FRONTIER 3X2 de la société St Jude Medical France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-01-2010) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC du produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

2009

Décembre

- Arrêté du 30-12-2009 (JO du 12-01-2010) relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des dispositifs d'autosurveillance et d'autotraitement inscrits à la section 3, chapitre 1er, titre Ier, de la LPP. **[Attention : erreur dans le JO : à l'article 1 à la place de : « Art. 1er – Au titre Ier, chapitre 1er, section 5 : I. – Dans la partie « Spécifications techniques « , la section 3 est remplacée comme suit », lire « Art 1er. Au titre Ier, chapitre 1er : I. – Dans la partie « Spécifications techniques « , la section 3 est remplacée comme suit] »**

- Arrêté du 23-12-2009 (JO du 05-01-2010) relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire AMO de la société Orthosom SAS au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 23-12-2009 (JO du 30-12-2009) [modifié par arrêté du 23-02-2010] relatif à l'ajout de références de nutriments pour supplémentation orale à la sous-section 1, section 5, chapitre 1, titre I, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-12-2009 (JO du 30-12-2009) relatif à l'inscription du système d'implant cochléaire Nucleus Freedom Hybrid de la société Cochlear France SAS au chapitre 4 du titre III

de la LPP.
- Avis (JO du 30-12-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-12-2009 (JO du 30-12-2009) relatif à l'inscription du système implantable de neurostimulation médullaire PRIMEADVANCED de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-12-2009 (JO du 24-12-2009) relatif à la modification d'indication du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX de la société Medtronic France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-12-2009 (JO du 24-12-2009) modifiant les références relatives aux neurostimulateurs médullaires RestoreADVANCED et RestoreULTRA de la société Medtronic France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-12-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-12-2009 (JO du 24-12-2009) modifiant l'arrêté du 10-11-2009 relatif au renouvellement et modifications des endoprothèses Zenith et Zenith Flex de la société Cook France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-12-2009 (JO du 10-12-2009) relatif à l'inscription de l'implant endovasculaire WALLSTENT de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-12-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-12-2009 (JO du 10-12-2009) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) AIRE, DAX et DOUAI de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne SARL (APCFL) inscrites au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 02-12-2009 (JO du 08-12-2009) [modifié par arrêté du 23-02-2010] relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale inscrits à la sous-section 1, section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 08-12-2009) de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) des nutriments pour supplémentation orale pour adultes inscrits à la sous-section 1, section 5, chapitre 1, titre I, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

Novembre

- Arrêté du 24-11-2009 (JO du 27-11-2009) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque double chambre PHILOS II DR-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-11-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-11-2009 (JO du 27-11-2009) relatif au spiromètre SPIROTEL de la société LAMIRAU au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 27-11-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 10-11-2009 (JO du 17-11-2009) relatif à l'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 de la société IST Cardiology SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-11-2009 [modifié par arrêté du 15-12-2009] (JO du 17-11-2009) relatif au renouvellement et aux modifications des endoprothèses Zenith et Zenith Flex de la société Cook France inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-11-2009 (JO du 17-11-2009) modifiant l'arrêté du 13-10-2009 relatif aux défibrillateurs cardiaques implantables inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-11-2009 (JO du 17-11-2009) [modifié par arrêté du 19-02-2010] relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale et au changement de distributeur des produits de nutrition entérale de la société Celia Clinical Nutrition et des Laboratoires DHN inscrits à la section 5, chapitre 1, titre I, de la LPP.
- Avis (JO du 17-11-2009) de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits à la section 5, chapitre 1, titre I, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-11-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-11-2009 [modifié par arrêté du 12-05-2010] relatif aux modifications des conditions de prise en charge et de la procédure d'inscription des lits médicaux, des accessoires et prestations associés inscrits à la section 1, chapitre 2, titre I, de la LPP.

Octobre

- Avis (JO du 30-10-2009) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-10-2009 (JO du 30-10-2009) relatif à l'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société Cochlear France SAS au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-10-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-10-2009 (JO du 23-10-2009) relatif à la modification du libellé du forfait hebdomadaire Venture Homefill II associé au forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux (forfait 7) inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 13-10-2009 (JO du 20-10-2009) relatif aux défibrillateurs cardiaques implantables inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP. **[Attention : erreur dans le JO : le code 3498058 est à mettre dans la société St. Jude Medical au lien de Sorin Group France – erreur rectifiée dans la base]**.
- Arrêté du 12-10-2009 (JO du 20-10-2009) modifiant l'arrêté du 03-09-2009 relatif à l'inscription des endoprothèses carotidiennes auto-expansibles RX Acculink de la société Abbott France SAS, Bard Vivexx de la société Bard France SAS, Carotid Wallstent Monorail de la société Boston Scientific SA, Precise RX et Precise Pro RX de la société Cordis et Protégé RX de la société EV3 SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-10-2009 (JO du 20-10-2009) relatif au changement de distributeur et à la radiation de certains produits de nutrition entérale de la société NOVARTIS inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 25-09-2009 (JO du 01-10-2009) relatif au changement de distributeur de défibrillateurs et stimulateurs cardiaques implantables inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 25-09-2009 (JO du 01-10-2009) relatif au changement de dénomination de certaines références de l'implant vasculaire de pontage GELSOFT PLUS de la société Vascutek inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-09-2009 (JO du 10-09-2009) relatif à l'inscription du surmatelas à pression alternée EOLE associé au compresseur C1000DF (système EOLE P200) de la société Plexus Medical France et des surmatelas à air motorisé à pression alternée DECUBIFLOW 100 et SANIFLOW 2 de la société AKS France SA au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 17-09-2009) relatif au changement de distributeur des implants cardio-vasculaires des Laboratoires PEROUSE et des Laboratoires PEROUSE IMPLANT inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif à l'inscription des matelas SOFTFORM ATMOS et SOFTFORM VISCOMIXT et du surmatelas SOFTFORM VISCO de la société Invacare Poirier SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 09-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif au changement de distributeur de la solution viscoélastique d'acide hyaluronique ADANT inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif à la modification des libellés des forfaits hebdomadaires associés au forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux (forfait 7) inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif à la suppression de certaines rubriques concernant les produits de prévention des escarres inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) modifiant l'arrêté du 08-07-2009 relatif à l'extension d'indication et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus CYPHER SELECT PLUS et à la radiation de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus CYPHER SELECT de la société CORDIS SAS inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif au changement de distributeur des implants vasculaires de pontage ALBOGRAFT et CARBOGRAFT inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-09-2009) modifiant l'avis publié au JO du 01-09-2009 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 03-09-2009 (JO du 10-09-2009) [modifié par arrêté du 12-10-2009] relatif à l'inscription des endoprothèses carotidiennes auto-expansibles RX Acculink de la société Abbott France SAS, Bard Vivexx de la société Bard France SAS, Carotid Wallstent Monorail de la société Boston Scientific SA, Precise RX et Precise Pro RX de la société Cordis, et Protégé RX de la société EV3 SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-09-2009 (JO du 09-09-2009) relatif au renouvellement d'inscription et au changement de distributeur du coussin mixte en mousse et gel viscofluide HANDILIGHT et à la radiation du coussin HANDIFLOW au chapitre 2 du titre Ier de la LPP.
- Arrêté du 03-09-2009 (JO du 08-09-2009) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre ANALYST ACCEL VR et CURRENT ACCEL VR, double chambre ANALYST ACCEL DR, CURRENT ACCEL DR, et triple chambre PROMOTE ACCEL de la société SAINT JUDE MEDICAL France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-09-2009 (JO du 08-09-2009) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre VIRTUOSO II VR, double chambre VIRTUOSO II DR et

triple chambre CONCERTO II CRT-D de la société MEDTRONIC France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2009 (JO du 08-09-2009) relatif à l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA de la société Vascutek France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2009 (JO du 08-09-2009) relatif à l'inscription du dispositif d'irrigation transanale PERISTEEN des laboratoires COLOPLAST au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2009 (JO du 08-09-2009) relatif à l'inscription de l'ancre méniscale ULTRA FAST FIX de la société Smith & Nephew SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 01-09-2009) (fichier pdf – modification du fichier pdf) (modifié par avis publié au JO du 04-09-2009) relatif aux tarifs et aux prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L 165-1 (LPP) du CSS (Titre II – chapitre 7 – orthoprothèses)

Juillet

- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 04-08-2009) relatif à l'ajout de nouvelles références de l'endoprothèse Zenith Flex de la société Cook France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-08-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription du surmatelas à pression alternée M 100 associé au compresseur C100-E et du surmatelas à air motorisé SOFCARE SC840 associé au compresseur C100-ES de la société Plexus Médical France inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription des coussins et des matelas de la société SYST'AM inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif au changement de distributeur du dispositif d'automesure de l'INR INRatio inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription des coussins GEL 2D, GEL AIR 2D et VISCO MOUSS et à l'inscription du matelas VISCO MOUSS de la société KLÉ INDUSTRIE SARL au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-07-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) pro-Kinetic Energy de la société Biotronik France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-07-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-07-2009 (JO du 28-07-2009) relatif à l'inscription des pansements à l'argent CELLOSORB Ag, URGOTUL Ag et URGOTUL DUO Ag des laboratoires URGO au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-07-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 15-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription du matelas ALOVA multiportance de la société ASKLESANTE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 15-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription du surmatelas à pression alternée PREVESCAR AIR des laboratoires Escarius au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 15-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription des matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier CARPLOT et MAT BASIC de la société Carpenter SAS inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 15-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif au renouvellement d'inscription du matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier MPE de la société RECTICEL SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 15-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif aux renouvellements d'inscription des coussins et matelas de la société PHARMA OUEST inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 14-07-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS. **[Erreur dans le JO : Les codes 3121490, 3139649, 3113839, 3100185, 3196015 et 3149671 sont radiés dans l'arrêté du 08-07-2009.]**
- Arrêté du 13-07-2009 (JO du 31-07-2009) (format pdf) relatif à la codification du chapitre 1 du titre II de LPP. **[Erreur dans le JO : le tarif du code 201^{E}01.0432 est de 260,95 € et non de 206,95.]**
- Arrêté du 13-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif à l'ajout de références des microspires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS ORBIT de forme complexe de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 13-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif à la modification des conditions de prise en charge de l'endoprothèse oesophagienne (stent) plastique auto-expansible POLYFLEX de

la société BOSTON SCIENTIFIC inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 13-07-2009 (JO du 21-07-2009) relatif à la radiation des valves cardiaques INTACT-PORCIN, FREESTYLE-PORCIN, HANCOK-PORCIN, MOSAÏC-PORCIN et Z 7700-BOVIN de la société MEDTRONIC FRANCE SAS inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP. **[erreur dans le JO à l'article 2 le code 3237228 est dans le § 3]**
- Arrêté du 08-07-2009 (JO du 14-07-2009) relatif à la modification des conditions d'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus ENDEAVOR de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-07-2009 (JO du 14-07-2009) [modifié par arrêté du 04-09-2009] relatif à l'extension d'indication et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus CYPHER SELECT PLUS et à la radiation de l'endoprothèse coronaire enrobée de sirolimus CYPHER SELECT de la société CORDIS SAS inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-07-2009 (JO du 14-07-2009) relatif à l'extension d'indication et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de paclitaxel TAXUS LIBERTE de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-07-2009 (JO du 07-07-2009) relatif à l'inscription des neurostimulateurs médullaires RestoreADVANCED et RestoreULTRA de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-07-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 29-06-2009 (JO du 03-07-2009) modifiant l'arrêté du 28-05-2009 relatif à la modification des modalités d'inscription et des conditions de prise en charge des pompes implantables inscrites à la section 3, chapitre 4, titre III, de la LPP.

- Arrêté du 25-06-2009 (JO du 01-07-2009) relatif à l'inscription du conduit aortique valvé BIOVALSALVA de la société VASCUTEK France au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-07-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-06-2009 (JO du 30-06-2009) relatif à la modification du conditionnement de l'acide L-polylactique NEW-FILL de la société Sanofi Aventis France inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-06-2009 (JO du 30-06-2006) relatif au renouvellement d'inscription des implants d'embolisation artérielle EMBOGOLD et EMBOSPHERE de la société Biosphere Medical SA au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-06-2009 (JO du 30-06-2009) relatif au renouvellement d'inscription et aux conditions de prise en charge du conduit pulmonaire valvé d'origine bovine CONTEGRA de la société Medtronic France au chapitre 2 du titre III de la LPP. **[Attendre rectificatif au JO pour la suppression du paragraphe de l'article 1er]**
- Arrêté du 15-06-2009 (JO du 03-07-2009) modifiant l'arrêté du 18-05-2009 relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP.
- Avis (JO du 10-06-2009) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Mai

- Arrêté du 28-05-2009 (JO du 03-06-2009) relatif à la modification des modalités d'inscription et des conditions de prise en charge des pompes implantables inscrites à la section 3, chapitre 4, titre III, de la LPP. [modifié par arrêté du 29-06-2009]

- Arrêté du 18-05-2009 (JO du 21-05-2009) modifiant l'arrêté du 12-03-2009 relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP. [modifié par arrêté du 15-06-2009]
- Arrêté du 07-05-2009 (JO du 13-05-2009) modifiant l'arrêté du 02-03-2009 relatif à l'inscription des implants cochléaires au chapitre 3 du titre II et au chapitre 4 du titre III de la LPP.

Avril

- Arrêté du 27-04-2009 (JO du 30-04-2009) relatif à la radiation des pompes externes à insuline programmables à l'achat inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 27-04-2009 (JO du 30-04-2009) modifiant l'arrêté du 23-03-2009 relatif à l'inscription du surmatelas Visco-Topi et du matelas Visco-Maxi de la société Recticel SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 27-04-2009 (JO du 30-04-2009) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant urétéral de polydiméthylsiloxane Macroplastique des laboratoires Coloplast au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 14-04-2009 (JO du 17-04-2009) relatif à l'inscription de la prothèse osseuse sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne Custombone de la société Codman France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 17-04-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Arrêté du 25-03-2009 (JO du 31-03-2009) relatif au générateur de champs électromagnétiques pulsés PHYSIO-STIM de la société ORTHOFIX SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP. **[Erreur de présentation dans le JO : le code 1170193 est à mettre en face de « générateur champs électromagnétique pulsés, ORTHOFIX SA, PHYSIO-STIM.]**
- Avis (JO du 31-03-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 25-03-2009 (JO du 31-03-2009) relatif au générateur d'ultrasons pulsés EXOGEN de la société SMITH & NEPHEW inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 31-03-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-03-2009 (JO du 31-03-2009) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables PARADYM VR 8250 et PARADYM CRT 8750 de la société SORIN GROUP France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-03-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-03-2009 (JO du 31-03-2009) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie ELITE de la société ORTHOPLUS au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 31-03-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-03-2009 (JO du 31-03-2009) relatif au dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel ALBER E-MOTION de la société Invacare Poirier SAS au chapitre III du titre IV de la LPP.
- Arrêté du 23-03-2009 (JO du 31-03-2009) [modifié par arrêté du 27-04-2009] relatif à l'inscription du surmatelas Visco-Topi et du matelas Visco-Maxi de la société RECTICEL SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 31-03-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 12-03-2009 (JO du 19-03-2009) [Modifié par arrêté du 18-05-2009] relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP.
- Arrêté du 02-03-2009 (JO du 06-03-2009) [modifié par arrêté du 07-05-2009] relatif à l'inscription de systèmes d'implants cochléaires et du tronc cérébral au chapitre 3 du titre II et au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-03-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Février

- Arrêté du 27-02-2009 (JO du 06-03-2009) relatif à l'inscription de la pompe implantable Synchromed II de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-03-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 27-02-2009 (JO du 05-03-2009) relatif à l'inscription du neuromodulateur INTERSTIM II de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la lLPP.
- Avis (JO du 05-03-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 27-02-2009 (JO du 05-03-2009) relatif aux nutriments ORAL IMPACT POWDER, ORAL IMPACT et IMPACT ENTERAL de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2009 (JO du 10-02-2009) relatif au changement de nom de l'implant orthopédique PLUGIN'TECH et de nom de la société référencée au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2009 (JO du 10-02-2009) relatif au changement de distributeur de la société SMITH & NEPHEW au chapitre 1 du titre I et au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-02-2009 (JO du 10-02-2009) relatif à l'inscription du cotyle monobloc DURASUL et de l'insert DURASUL de la société ZIMMER au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-02-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2009 (JO du 10-02-2009) relatif aux endoprothèses ZENITH et ZENITH FLEX de la société COOK FRANCE inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-02-2009 (JO du 10-02-2009) relatif à l'inscription de l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelerant Hydro de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Décision du 03-02-2009 (JO du 10-02-2009) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Avis (JO du 27-01-2009) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS. [modifiant l'avis du 22-01-2009]

- Arrêté du 23-01-2009 (JO du 29-01-2009) relatif à l'inscription du forfait de location et de maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) HEARTMATE II au chapitre 1 du titre I et à l'inscription des DACM THORATEC PVAD, HEARTMATE II et HEARTMATE XVE de la société THORATEC EUROPE LIMITED au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009) relatif à l'endoprothèse aortique abdominale POWERLINK de la société LEMAÎTRE VASCULAR inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009) relatif à l'inscription du système de nébulisation associant le générateur STRATOS PRO au nébuliseur MEDELJET PRO de la société INVACARE POIRIER au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009) relatif à l'inscription du lit médical SB 750 de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 22-01-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009) relatif à l'inscription de la solution d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire SYNVISC-ONE de la société GENZYME SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 22-01-2009) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS. [modifié par avis du 27-01-2009].
- Arrêté du 12-01-2009 (JO du 16-01-2009) portant radiation des greffons osseux, têtes fémorales, fragments osseux et os longs de l'EFS Alpes Méditerranée, site de Saint-Laurent-du-Var, et la suppression de la section 4 « Greffons tendineux « au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-01-2009 (JO du 09-01-2009) relatif à l'inscription des grains d'iode liés pour curiethérapie de la prostate BARD READYLINK et de la cartouche de grains d'iode libres pour curiethérapie de la prostate BARD QUICKLINK de la société BARD France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 09-01-2009) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

2008

Décembre

- Avis (JO du 30-12-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-12-2008 (JO du 30-12-2008) relatif au changement de nom des aliments diététiques Tentrini, Tentrini Multi Fibre, Tentrini Energy et Tentrini Energy Multi Fibre de la société Nutricia au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-12-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-12-2008 (JO du 30-12-2008) relatif aux valves aortiques péricardiques PERIMOUNT MAGNA BOVIN et PERIMOUNT MAGNA EASE de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 11-12-2008 (JO du 17-12-2008) relatif aux aiguilles pour stylos injecteurs pour l'autocontrôle du diabète au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 17-12-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-12-2008 (JO du 17-12-2008) relatif à l'ajout d'une référence au système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation INVACARE VENTURE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 11-12-2008 (JO du 17-12-2008) relatif à la modification d'inscription des endoprothèses aortiques thoraciques ZENITH TX1 et ZENITH TX2 de la société COOK France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-12-2008 (JO du 04-12-2008) relatif au changement de distributeur des coussins SUPRACOR STIMULITE CONTOURED et STIMULITE SLIMLINE de la société IDC MEDICAL LIFESTAND « Vivre Debout « au chapitre 2 du titre I de la LPP.

Novembre

- Arrêté du 28-11-2008 (JO du 04-12-2008) modifiant l'arrêté du 05-08-2008 relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques double chambre SYMPHONY DR 2550 et REPLY DR de la société SORIN GROUP France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 21-11-2008 (JO du 28-11-2008) relatif à l'inscription du substitut synthétique de l'os NORIAN de la société SYNTHES SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-11-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-11-2008 (JO du 28-11-2008) relatif à l'ajout de forfaits associés au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-11-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Décision du 17-11-2008 (JO du 20-11-2008) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Octobre

- Arrêté du 28-10-2008 (JO du 31-10-2008) relatif à l'inscription de l'orthèse d'avancée mandibulaire ORM des laboratoires NARVAL SA au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 31-10-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 CSS.

- Arrêté du 28-10-2008 (JO du 31-10-2008) relatif au changement de distributeur de AES de la société BIOMET France inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-10-2008 (JO du 23-10-2008) relatif aux implants de réfection de paroi SURGIMESH WN non adhérente de la société ASPIDE MEDICAL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-10-2008 (JO du 08-10-2008) relatif à l'endoprothèse coronaire PROMUS de la société BOSTON SCIENTIFIC SA et l'endoprothèse coronaire XIENCE V de la société ABBOTT France SA inscrites au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-10-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 02-10-2008 (JO du 07-10-2008) relatif au changement de distributeur de l'acide L-polylactique New-Fill de la société Aventis Pharma Spécialités inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-10-2008 (JO du 07-10-2008) relatif au renouvellement d'inscription du sphincter anal artificiel ACTICON NEOSPHINCTER de la société AMS France au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-10-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2008 (JO du 07-10-2008) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire ENDEAVOR SPRINT RX de la société MEDTRONIC FRANCE SAS au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-10-2008) relatif aux tarifs et aux prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-10-2008 (JO du 07-10-2008) relatif à l'inscription de l'endoprothèse oesophagienne POLYFLEX de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-10-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Avis (JO du 24-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Avis (JO du 23-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (Orthoprothèses Titre II – Chapitre 7).
- Avis (JO du 17-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (oxygénothérapie).
- Avis (JO du 11-09-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 01-09-2008 (JO du 04-09-2008) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre TELIGEN 100 VR, double chambre TELIGEN 100 DR et CONFIENT DR, triple chambre LIVIAN et COGNIS 100-D de la société GUIDANT France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-09-2008 (JO du 04-09-2008) relatif au renouvellement d'inscription du coussin mixte constitué de mousse et incluant un élément gel viscofluide GELTOP de la société ASKLÉSANTÉ au chapitre 2 du titre I de la LPP.

Août

- Arrêté du 28-08-2008 (JO du 02-09-2008) relatif à l'inscription du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE de la société COLLIN au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 02-09-2008) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 28-08-2008 (JO du 02-09-2008) relatif à l'inscription du système à dépressurisation contrôlé Harmony de la société OTTO BOCK France SNC au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 02-09-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 28-08-2008 (JO du 02-09-2008) relatif à l'inscription du pansement hydrocellulaire CELLO START des laboratoires URGO au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 02-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 28-08-2008 (JO du 02-09-2008) modifiant l'arrêté du 18-07-2008 relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-08-2008) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 06-08-2008 (JO du 03-09-2008) relatif à l'inscription du substitut osseux synthétique injectable NANOSTIM de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-09-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-08-2008 (JO du 15-08-2008) relatif au changement de distributeur des nutriments Oral Impact Powder, Oral Impact et Impact Enteral de la société Novartis inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 05-08-2008 (JO du 12-08-2008) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques double chambre SYMPHONY DR 2550 et Reply DR de la société SORIN GROUP France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 28-11-2008 – JO du 04-12-2008]
- Avis (JO du 12-08-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 05-08-2008 (JO du 12-08-2008) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque double chambre ADAPTA DR de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 12-08-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 30-07-2008 (JO du 06-08-2008) modifiant l'arrêté du 04-06-2008 (JO du 10-06-2008) relatif à l'inscription de la pompe implantable pour administration d'insuline par voie intrapéritonéale MMT-2007D de la société MEDTRONIC FRANCE SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 30-07-2008 (JO du 06-08-2008) relatif au renouvellement d'inscription des matelas en mousse à modules amovibles de densité variable EPSUS ZYPREX DERMALON et EPSUS ZYPREX PUR de la société ASKLÉSANTÉ au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 30-07-2008 (JO du 06-08-2008) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable simple chambre LUMAX 340 VR-T XL de la société BIOTRONIK FRANCE au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-07-2008 (JO du 06-08-2008) relatif à l'inscription du système compressif multicouche PROFORE de la société SMITH & NEPHEW SAS au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 06-08-2008) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 29-07-2008) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-07-2008 (JO du 24-07-2008) [modifié par arrêté du 28-08-2008 – JO du 02-09-2008] relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable REVEAL DX de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-07-2008 (JO du 16-07-2008) relatif à l'endoprothèse aortique abdominale EXCLUDER de la société WL GORE ET ASSOCIÉS SARL inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 16-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-07-2008 (JO du 16-07-2008) relatif à l'inscription du coussin mixte en mousse et gel FLO-TECH IMAGE de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 16-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 07-07-2008 (JO du 16-07-2008) modifiant l'arrêté du 06-06-2006 relatif aux microspires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS ORBIT de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 07-07-2008 (JO du 16-07-2008) relatif à l'inscription de l'implant de réfection de paroi BARD COMPOSIX Low Profile de la société BARD FRANCE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 16-07-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-07-2008 (JO du 16-07-2008) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie UNIVERSAL de la société OTTO BOCK FRANCE au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 16-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-07-2008 (JO du 16-07-2008) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie pour amputation basse LO RIDER de la société OTTO BOCK FRANCE au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 16-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Juin

- Avis (JO du 26-06-2008) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 23-06-2008 (JO du 01-07-2008) modifiant l'arrêté du 19-12-2007 **[explication]** relatif à l'inscription du substitut osseux synthétique injectable OSTIM de la société FH Orthopedics SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-06-2008 (JO du 01-07-2008) relatif au renouvellement et aux modifications des conditions d'inscription de l'acide L-polylactique New-Fill de la société Aventis Pharma Spécialités au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-06-2008 (JO du 01-07-2008) modifiant l'arrêté du 05-05-2008 relatif aux modifications des conditions d'inscription du genou 3C100 C-LEG de la société Otto Bock inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 20-06-2008 (JO du 01-07-2008) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible LEO + STENT et la radiation du stent intracrânien auto-expansible LEO STENT de la société BALT Extrusion au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-07-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 20-06-2008 (JO du 26-06-2008) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables PARADYM DR 8550 et PARADYM sonR 8770 de la société SORIN GROUP France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-06-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-06-2008 (JO du 24-06-2008) relatif à l'inscription du dispositif d'automesure de l'INR INRatio de la société Inverness Medical France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-06-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) des produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-06-2008 (JO du 24-06-2008) relatif à l'inscription du dispositif d'automesure de l'INR COAGUCHEK XS de la société Roche Diagnostics au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-06-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) des produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 18-06-2008 (JO du 24-06-2008) relatif aux dispositifs intra-utérins au cuivre inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Décision du 18-06-2008 (JO du 24-06-2008) fixant le tarif et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2008 (JO du 25-06-2008) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA de la société Vascutek France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-06-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-06-2008 (JO du 25-06-2008) relatif à l'inscription de l'implant urétral de copolymère DEFLUX de la société Q-MED SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-06-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 06-06-2008 (JO du 12-06-2008) relatif à l'implant de réfection de paroi BARD VENTRALEX de la société BARD France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-06-2008 (JO du 12-06-2008) [modifié par arrêté du 07-07-2008 – JO du 16-07-2008] relatif aux microspires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS ORBIT de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-06-2008 (JO du 12-06-2008) relatif à l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus ENDEAVOR de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-06-2008 (JO du 10-06-2008) relatif à l'inscription de la pompe implantable pour administration d'insuline par voie intrapéritonéale MMT-2007D de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 30-07-2008 – JO du 06-08-2008)
- Avis (JO du 10-06-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Mai

- Arrêté du 23-05-2008 (JO du 28-05-2008) relatif à l'inscription du système implantable de neurostimulation médullaire RESTORE de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-05-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 16-05-2008 (JO du 22-05-2008) relatif à l'inscription du pied à restitution d'énergie DYNA C de la société PROTÉOR SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.

- Avis (JO du 22-05-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 16-05-2008 (JO du 22-05-2008) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire enrobée de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-05-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-05-2008 (JO du 20-05-2008) relatif à la tête en métal et à l'insert pour prothèse totale de hanche Pinnacle Ultamet de la société Depuy inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-05-2008 (JO du 15-05-2008) modifié par arrêté du 23-06-2008 (JO du 01-07-2008) relatif aux modifications des conditions d'inscription du genou 3C100 C-LEG de la société Otto Bock inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 15-05-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'une prestation visée à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 05-05-2008 (JO du 08-05-2008) relatif au changement de distributeur de la solution viscoélastique SUPLASYN inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Avril

- Arrêté du 17-04-2008 (JO du 22-04-2008) relatif à l'inscription de la prothèse totale de hanche METAMYS de la société Mathys Orthopédie SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 22-04-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 17-04-2008 (JO du 22-04-2008) relatif à l'endoprothèse aortique abdominale TALENT LPS avec système de pose Xcelerant de la société Medtronic France SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-04-2008 (JO du 22-04-2008) modifiant l'arrêté du 22-01-2007 relatif au forfait hebdomadaire 7 inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 01-04-2008 (JO du 09-04-2008) relatif à l'implant de réfection de paroi INTRA-SWING de la société TEXTILE HI-TEC inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-04-2008 (JO du 09-04-2008) relatif à l'inscription du système pour oxygénothérapie à domicile avec déambulation INVACARE VENTURE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 09-04-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

Mars

- Arrêté du 12-03-2008 (JO du 18-03-2008) relatif à l'inscription de la prothèse totale de hanche de resurfaçage RECAP MAGNUM, du couple de frottement métal-métal pour prothèse totale de hanche M2A MAGNUM et du cotyle métal RECAP MAGNUM POROUS de la société Biomet France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-03-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 10-03-2008 (JO du 18-03-2008) relatif aux endoprothèses ZENITH et ZENITH FLEX de la société COOK FRANCE inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-03-2008 (JO du 18-03-2008) relatif à la valve aortique péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA EASE de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-03-2008 (JO du 18-03-2008) relatif à l'inscription de la solution viscoélastique d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire EUFLEXXA de la société FERRING SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-03-2008) relatif aux tarifs en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 05-03-2008 (JO du 11-03-2008) relatif à la valve aortique péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-03-2008 (JO du 11-03-2008) relatif au stimulateur cardiaque INSYNC III modèle 8042 de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.

Février

- Décision du 28-02-2008 (JO du 05-03-2008) modifiant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 07-03-2008) relatif à l'inscription du fauteuil roulant électrique monte-marches TOPCHAIR-S de la société HMC2 Développement SAS (France) au chapitre 1 du titre IV de la LPP.
- Avis (JO du 07-03-2008) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008) portant radiation du protecteur de hanche HIPS des laboratoires Paul Hartmann SARL et du protecteur de hanche KPH de la société Gibaud SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008) relatif à l'anneau gastrique ajustable SAGB de la société ETHICON ENDO-SURGERY inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008) modifiant l'arrêté du 08-01-2008 relatif aux implants méniscaux inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque CONTAK RENEWAL TR2 modèles H140 et H145 de la société GUIDANT France SAS au

chapitre 4 du titre III de LPP.
- Arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008) relatif à l'implant de réfection de paroi Colekin de la société Textile Hi-Tec et aux conditions de prise en charge des implants de réfection de paroi Colekin au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-02-2008 (JO du 19-02-2008) relatif à l'inscription de l'implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface AMS 700 INHIBIZONE de la société AMS FRANCE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-02-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 12-02-2008) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 28-01-2008 (JO du 31-01-2008) modifiant l'arrêté du 18-12-2007 relatif au système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale ACTIVA de la société Medtronic France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-01-2008 (JO du 29-01-2008) relatif à l'endoprothèse coronaire XIENCE V de la société ABBOTT France SA au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 24-01-2008 (JO du 29-01-2008) relatif à l'endoprothèse coronaire PROMUS de la société BOSTON SCIENTIFIC SA au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-01-2008 (JO du 05-02-2008) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables CURRENT RF et PROMOTE RF de la société ST-JUDE MEDICAL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 05-02-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-01-2008 (JO du 29-01-2008) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA EASE et de la valve mitrale péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA MITRALE de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-01-2008 (JO du 29-01-2008) relatif à l'inscription des coussins en mousse viscoélastique FLO-TECH LITE VISCO et FLO-TECH CONTOUR VISCO de la société INVACARE POIRIER SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 29-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-01-2008 (JO du 29-01-2008) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-01-2008 (JO du 18-01-2008) relatif à l'inscription du genou prothétique HYBRID-1P360 de la société PROTÉOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 09-01-2008 (JO du 15-01-2008) relatif à l'inscription du surmatelas à air motorisé CAIRFLOW PM100A de la société CARPENTER SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 15-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 18-01-2008) relatif à l'inscription de la solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18 % pour usage ophtalmique topique VISMED Multi de la société HORUS PHARMA au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 18-01-2008) relatif à l'inscription de la solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18 % pour usage ophtalmique topique HYLOVIS Multi de la société TRB CHEMEDICA au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 18-01-2008) relatif au renouvellement d'inscription du défibrillateur cardiaque implantable triple chambre OVATIO CRT 6750 de la société SORIN GROUP France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 18-01-2008) relatif aux implants méniscaux inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP. **[Modifié par arrêté du 21-02-2008]**
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 15-01-2008) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire CARBOSTENT CHRONO de la société SORIN GROUP FRANCE SAS au chapitre 1 du

titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 15-01-2008) relatif au renouvellement d'inscription du matelas gaufrier monobloc CONFORT MAPE de la société RECTICEL SAS inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 15-01-2008) relatif à l'inscription du surmatelas à air motorisé AXTAIR TRIMODE AUTOMORPHO de la société ASKLÉSANTÉ au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 15-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-01-2008 (JO du 15-01-2008) modifiant l'arrêté du 22-11-2007 relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX de la société COOK FRANCE et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH de la société COOK FRANCE inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-01-2008) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

2007

Décembre

- Arrêté du 31-12-2007 (JO du 10-01-2008) relatif à l'inscription de l'implant de réfection de paroi TERANE de la société MICROTEK MEDICAL FRANCE au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2008) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 27-12-2007 (JO du 18-01-2008) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible CORDIS ENTERPRISE de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 21-12-2007 (JO du 01-01-2008) relatif à l'inscription d'un implant de réfection de paroi Colekin de la société Textile Hi-Tec et aux conditions de prise en charge des implants de réfection de paroi Colekin au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 21-12-2007 (JO du 28-12-2007) relatif au changement de distributeur des anneaux de gastroplastie ajustables LAP BAND et LAP BAND AP inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-12-2007 (JO du 28-12-2007)relatif au renouvellement d'inscription des coussins KINERIS 7, KINERIS 10, OPTIMAIR 7 et OPTIMAIR 10 de la société ASKLÉSANTÉ au chapitre 2 du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Avis (JO du 21-12-2007) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 19-12-2007 (JO du 01-01-2008) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique équine 3 F bioprothèse aortique, modèle 1000, de la société ATS Medical France au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-01-2008) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 19-12-2007 (JO du 28-12-2007) modifié par arrêté du 23-06-2008 (JO du 01-07-2008) relatif à l'inscription du substitut osseux synthétique injectable OSTIM de la société FH ORTHOPEDICS SAS au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-12-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 18-12-2007 (JO du 28-12-2007) relatif à l'inscription de ZOMAJET VISION X de la société FERRING SAS (France) au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-12-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 18-12-2007 (JO du 28-12-2007) relatif au renouvellement d'inscription du matelas et du surmatelas ALOVA P-U et du surmatelas ALOVA PROMUST de la société ASKLE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 18-12-2007 (JO du 27-12-2007) relatif au système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale ACTIVA de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 28-01-2008]
- Arrêté du 17-12-2007 (JO du 26-12-2007) relatif aux stents intracrâniens auto-expansibles au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-12-2007 (JO du 26-12-2007) relatif au renouvellement d'inscription du coussin REPOSE et du surmatelas REPOSE de la société HOSPIDEX FRANCE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 17-12-2007 (JO du 26-12-2007) portant radiation de l'endoprothèse aortique abdominale ANEURX de la société MEDTRONIC FRANCE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-12-2007 (JO du 26-12-2007) relatif à l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelerant de la société MEDTRONIC FRANCE SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-12-2007 (JO du 18-12-2007) relatif aux critères de prise en charge des dispositifs médicaux implantables fabriqués à partir de tissus d'origine animale visé au titre III, chapitre II, de la LPP.

Novembre

- Arrêté du 27-11-2007 (JO du 04-12-2007) relatif aux défibrillateurs cardiaques implantables CONTAK RENEWAL de la société GUIDANT France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 27-11-2007 (JO du 04-12-2007) modifiant l'arrêté du 16-10-2007 relatif aux prothèses oculaires inscrites au chapitre 5 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 04-12-2007) modifiant l'avis du 23-10-2007 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 26-11-2007 (JO du 07-12-2007) relatif à l'inscription du matelas multiportance ALOVA de la société ASKLÉSANTÉ au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 07-12-2007) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 26-11-2007 (JO du 04-12-2007) relatif au renouvellement d'inscription de la chaussure thérapeutique de série à usage prolongé (CHUP) pour adulte PANTORZOTE de la société MAYZAUD SA inscrite au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 23-11-2007) [modifiant l'avis au JO du 14-11-2007] relatif aux tarifs, aux prix de cession et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 22-11-2007 (JO du 28-11-2007) [modifié par l'arrêté du 08-01-2008] relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale Zenith Flex de la société Cook France et au renouvellement d'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale Zenith de la société Cook France inscrite au chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-11-2007) [modifié par avis du JO du 23-11-2007] relatif aux tarifs, aux prix de cession et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 06-11-2007 (JO du 22-11-2007) relatif au changement de distributeur de l'implant pour le traitement du reflux vésico-rénal Macroplastique inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 16-10-2007 (JO du 23-10-2007) modifié par arrêté du 27-11-2007 relatif aux prothèses oculaires au chapitre 5 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 23-10-2007) modifié par avis du JO du 04-12-2007 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Avis (JO du 05-10-2007) modifiant l'avis du 13-09-2007 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Septembre

- Arrêté du 18-09-2007 (JO du 25-09-2007) relatif aux solutions viscoélastiques d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire, de haut poids moléculaire (supérieur à 0,5 million de daltons), inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 18-09-2007 (JO du 21-09-2007) relatif aux électrodes pour mesure de la cétonémie OPTIUM CETONE des laboratoires ABBOTT France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 21-09-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 18-09-2007 (JO du 21-09-2007) relatif à l'inscription du verre scléral SPOT du Laboratoire d'appareillage oculaire au chapitre 5 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 21-09-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 18-09-2007 (JO du 21-09-2007) modifiant l'arrêté du 25-06-2007 relatif à l'inscription de l'endoprothèse intra-hépatique VIATORR TIPS de la société WL Gore et associés SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 21-09-2007) modifiant l'avis du JO du 03-07-2007 relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 13-09-2007 (JO du 19-09-2007) relatif à l'inscription du lit médical OCTAVE de la société Invacare Poirier SAS au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-09-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-09-2007 (JO du 18-09-2007) relatif au coussin GELSCAR de la société ASKLE SANTE inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 13-09-2007 (JO du 18-09-2007) modifiant l'arrêté du 13-07-2007 relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie ATOMISOR POCKET de la société La Diffusion technique française (DTF) au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2007 (JO du 05-10-2007) relatif à la radiation des matelas PREVENTIX MAT 4 et CARGUM et du surmatelas CARGUM MIXT de la société CARPENTER au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2007 (JO du 13-09-2007) relatif à l'endoprothèse aortique POWERLINK inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2007) [modifié par avis du 05-10-2007] relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Août

- Arrêté du 31-08-2007 (JO du 11-09-2007) relatif aux têtes et têtes à jupe en alliage métallique inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 31-08-2007 (JO du 11-09-2007) relatif à l'uniformisation des dates de fin de prise en charge des pieds à restitution d'énergie au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 31-08-2007 (JO du 11-09-2007) modifiant l'arrêté du 13-07-2007 relatif à l'inscription de la prothèse externe myoélectrique pour membre supérieur MYOBOCK de la société OTTO BOCK France au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 31-08-2007 (JO du 11-09-2007) modifiant l'arrêté du 06-07-2007 relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible NEUROFORM 3 de la société Boston Scientific SA au chapitre 1 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 31-08-2007 (JO du 11-09-2007) modifiant l'arrêté du 02-07-2007 relatif aux défibrillateurs cardiaques implantables VIRTUOSO DR, VIRTUOSO VR et CONCERTO de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-08-2007) modifiant l'avis du 15-06-2007 relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Juillet

- Arrêté du 27-07-2007 (JO du 07-08-2007) relatif au coussin VISCO des laboratoires ESCARIUS inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 27-07-2007 (JO du 03-08-2007) relatif au dispositif de réparation méniscale par voie arthroscopique J.-FAST PDS et la radiation du dispositif de réparation méniscale par voie arthroscopique J.-FAST PROLENE de la société MITEK-ETHICON SA inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-08-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 27-07-2007 (JO du 03-08-2007) relatif à l'endoprothèse coronaire ENDEAVOR de la société MEDTRONIC FRANCE SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-08-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 20-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 25-07-2007) relatif à l'inscription de la prothèse externe myoélectrique pour membre supérieur MYOBOCK de la société OTTO BOCK FRANCE au chapitre 7 du titre II de la LPP. [modifié par arrêté du 31-08-2007 – JO du 11-09-2007]
- Avis (JO du 25-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie ATOMISOR POCKET de la société LA DIFFUSION TECHNIQUE FRANÇAISE (DTF) au chapitre 1 du titre I de la LPP. [modifié par arrêté du 13-09-2007 – JO du 18-09-2007]
- Avis (JO du 24-07-2007) relatif aux tarifs en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables ATLAS II et ATLAS II + de la société ST-JUDE MEDICAL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif à l'inscription du dispositif de réparation méniscale par voie arthroscopique LACTOSORB de la société BIOMET FRANCE SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-07-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif à TAXUS LIBERTÉ de la société BOSTON SCIENTIFIC inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif à l'inscription du matelas PREVENTIX MAT 5 de la société CARPENTER au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif au système PROVOX HME de la société COLLIN ORL inscrit au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 13-07-2007 (JO du 24-07-2007) relatif au coussin GALBE ALOVA de la société ASKLE inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 09-07-2007 (JO du 17-07-2007) relatif à l'inscription du système de nébulisation associant le générateur PARI BOY MOBILE S au nébuliseur LC SPRINT de la société PARI GmbH au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 09-07-2007 (JO du 17-07-2007) relatif aux systèmes actifs pour perfusion à domicile au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 06-07-2007 (JO du 17-07-2007) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable simple chambre LUMAX VR-T et du défibrillateur cardiaque implantable double chambre LUMAX DR-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 17-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 06-07-2007 (JO du 13-07-2007) relatif à l'inscription du stent intracrânien auto-expansible NEUROFORM 3 de la société Boston Scientific SA au chapitre 1 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 31-08-2007 – JO du 11-09-2007].
- Avis (JO du 13-07-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 05-07-2007) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-07-2007 (JO du 17-07-2007) relatif au matelas CARGUMIXT de la société Carpenter inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 02-07-2007 (JO du 17-07-2007) relatif à l'inscription de nouvelles références de l'implant de paroi Parietex Composite de la société Sofradim au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-07-2007 (JO du 13-07-2007) relatif à l'inscription de la tête en métal et l'insert pour prothèse totale de hanche Pinnacle Ultamet de la société Depuy au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 02-07-2007 (JO du 13-07-2007) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables VIRTUOSO DR, VIRTUOSO VR et CONCERTO de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 31-08-2007 – JO du 11-09-2007].
- Avis (JO du 13-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 02-07-2007 (JO du 13-07-2007) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables EPIC II et EPIC II + de la société ST-JUDE MEDICAL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 02-07-2007 (JO du 10-07-2007) relatif à la barrière anti-adhérences SEPRAFILM de la société Genzyme SAS inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Juin

- Arrêté du 29-06-2007 (JO du 06-07-2007) relatif à l'inscription de la solution viscoélastique d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire GO-ON de la société Rottapharm au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 29-06-2007 (JO du 06-07-2007) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire TRIMAXX de la société Abbott France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 29-06-2007 (JO du 06-07-2007) relatif à l'inscription du lecteur de glycémie et de cétonémie OPTIUM XCEED et à la radiation du lecteur de glycémie et de cétonémie OPTIUM de la société ABBOTT France SA au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 29-06-2007 (JO du 06-07-2007) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique thoracique ZENITH de la société Cook France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 28-06-2007 (JO du 13-07-2007) relatif au changement de distributeur des endoprothèses aortiques Powerlink inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-06-2007 (JO du 10-07-2007) relatif à la modification de la nomenclature des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) pour enfant de la société Mayzaud SA au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 25-06-2007 (JO du 10-07-2007) relatif à l'inscription de la solution stérile de hyaluronate de sodium pour usage ophtalmologique HYLOVIS de la société TRB Chemedica au

chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 06-07-2007) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 25-06-2007 (JO du 03-07-2007) relatif à l'inscription de l'endoprothèse intra-hépatique VIATORR TIPS de la société WL Gore et associés au chapitre 1 du titre III de la LPP. [modifié par arrêté du 18-09-2007 – JO du 21-09-2007]
- Avis (JO du 03-07-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS. [modifié par avis au JO du 21-09-2007].
- Avis (JO du 22-06-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (Oxygénothérapie).
- Avis (JO du 15-06-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (Orthoprothèses Titre II – chapitre 7). [Modifié par avis au JO du 03-08-2007.]
- Avis (JO du 15-06-2007) relatifs au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 15-06-2007) relatifs au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS (CHUP).
- Avis (JO du 14-06-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Avril

- Arrêté du 27-04-2007 (JO du 16-05-2007) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable LUMAX HF-T de la société Biotronik France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 16-05-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 24-04-2007 (JO du 15-05-2007) relatif à l'inscription du spiromètre SPIROTEL de la société LAMIRAU au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 15-05-2007) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 05-04-2007 (JO du 15-05-2007) relatif à l'inscription de l'anneau de gastroplastie ajustable LAP BAND AP de la société McGhan Medical SARL France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-05-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Mars

- Arrêté du 29-03-2007 (JO du 27-04-2007) relatif à l'ajout de deux références pour l'implant de soutènement sous-urétral TVT de la société ETHICON SARL inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 29-03-2007 (JO du 27-04-2007) relatif à l'inscription du système d'embolisation artérielle à détachement contrôlé HYDROCOÏL EMBOLIC SYSTEM (HES) de la société MICROVENTION SARL France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-04-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 29-03-2007 (JO du 24-04-2007) relatif à COALGAN des laboratoires Brothier au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-04-2007) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 19-03-2007 (JO du 03-04-2007) relatif à l'inscription du système implantable de neuromodulation des racines sacrées INTERSTIM de la société Medtronic au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-04-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 16-03-2007 (JO du 30-03-2007) relatif au renouvellement d'inscription du matelas gaufrier APLOT ZYPREX DERMALON de la société ASKLE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-03-2007 (JO du 30-03-2007) relatif au coussin MEMOBA de la société Annie Bauer Confort au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-03-2007 (JO du 30-03-2007) relatif à l'inscription des grains d'iode SELECTSEEDS de la société Nucletron France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-03-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 16-03-2007 (JO du 30-03-2007) relatif à l'inscription des grains d'iode INTERSOURCE et INTERSTRAND de la société International Brachytherapy SA au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 30-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 27-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (endoprothèses coronaires Boston et Cordis)
- Arrêté du 09-03-2007 (JO du 27-03-2007) relatif à l'endoprothèse coronaire Taxus Liberté de la société Boston Scientific SA inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 09-03-2007 (JO du 27-03-2007) relatif à l'endoprothèse coronaire CYPHER SELECT et à l'inscription de CYPHER SELECT PLUS de la société CORDIS Europa NV au chapitre 1er du titre III de la LPP. (**MANQUE LE CODE 3186778 QUI FIGURE DANS L'AVIS**)
- Avis (JO du 27-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 09-03-2007 (JO du 23-03-2007) relatif à l'inscription du lit médical ATLAS de la société SOTEC MEDICAL au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 09-03-2007 (JO du 23-03-2007) relatif au coussin VOYAGEUR DUO de la société Annie Bauer Confort au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 09-03-2007 (JO du 23-03-2007) relatif à l'inscription du système de nébulisation associant le générateur PORTA-NEBLITE au nébuliseur SIDESTREAM de la société Téléflex Médical au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Février

- Arrêté du 26-02-2007 (JO du 08-03-2007) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) pour enfant de la société MAYZAUD SA au chapitre 1 du titre II de la LPP.

- Arrêté du 26-02-2007 (JO du 08-03-2007) relatif au renouvellement d'inscription des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) Cortina et Courmayeur de la société NEUT SA au chapitre 1 du titre II et à la radiation des CHUP pour enfant à axe correcteur antimétatarsus varus et à axe rectiligne de la LPP.
- Arrêté du 23-02-2007 (JO du 15-03-2007) relatif à l'inscription des implants de réfection de paroi INTRA-SWING et HI-TEX de la société Textile Hi-Tec au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 23-02-2007 (JO du 09-03-2007) modifiant l'arrêté du 03-01-2007 relatif au changement de distributeur du protecteur de hanche HIPS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 21-02-2007 (JO du 15-03-2007) relatif à l'inscription des implants de réfection de paroi SIL PROMESH de la société Surgical-IOC au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 21-02-2007 (JO du 15-03-2007) relatif à l'inscription des implants de réfection de paroi INTRAMESH T1 et INTRAMESH W3 de la société Cousin Biotech au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-03-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 14-02-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 30-01-2007 (JO du 14-02-2007) relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP.

- Arrêté du 22-01-2007 (JO du 02-02-2007) modifié par arrêté du 17-04-2008 relatif au forfait hebdomadaire 7 inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 02-02-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'une prestation visée à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 22-01-2007 (JO du 02-02-2007) relatif au système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale ACTIVA de la société MEDTRONIC France SAS inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2007) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-01-2007 (JO du 18-01-2007) relatif au changement de distributeur de la solution viscoélastique DUROLANE inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP. **(Faute d'orthographe dans le JO : l'unité de mesure est daltons et non datons).**
- Arrêté du 03-01-2007 (JO du 18-01-2007) relatif au changement de distributeur du protecteur de hanche HIPS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP. **(Erreur de code dans le JO, il s'agit du 1125502 et non du 112502 – rectifiée par arrêté du 23-02-2007 – JO du 09-03-2007)**
- Arrêté du 03-01-2007 (JO du 18-01-2007) relatif aux bonnets couvre-moignons inscrits au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 03-01-2007 (JO du 18-01-2007) relatif à l'inscription des forfaits d'oxygénothérapie dans le traitement de la crise d'algie vasculaire de la face au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2007) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de prestations visées à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

2006

Décembre

- Arrêté du 12-12-2006 (JO du 27-12-2006) relatif à l'ajout d'une référence pour l'implant de soutènement sous-urétral TVT de la société ETHICON SARL inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Avis (JO du 08-12-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Novembre

- Arrêté du 23-11-2006 (JO du 08-12-2006) relatif à l'adaptateur de rotation 1K51 de la société Protéor SA inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 08-12-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 23-11-2006 (JO du 08-12-2006) relatif à l'ajout d'une référence sur mesure pour le stent intracrânien LEO STENT de la société BALT Extrusion inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-12-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-11-2006 (JO du 08-12-2006) modifiant le chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 17-11-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Octobre

- Avis (JO du 31-10-2006) relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (annule et remplace l'avis du 20-10-2006).

- Arrêté du 26-10-2006 (JO du 15-11-2006) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire PRO-KINETIC de la société Biotronik France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-11-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 26-10-2006 (JO du 15-11-2006) relatif au genou monoaxial 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK FRANCE inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 25-10-2006 (JO du 09-11-2006) portant radiation du dispositif intra-utérin NOVA T de la société SCHERING SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 13-10-2006 (JO du 27-10-2006) portant radiation des pieds à restitution d'énergie Carbon Copy HP de la société Protéor au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 13-10-2006 (JO du 27-10-2006) modifiant l'arrêté du 01-08-2006 (JO du 29-08-2006) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie Tribute, Trustep et Venture et à la radiation de Dynapro II de la société Daw SA au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 13-10-2006 (JO du 27-10-2006) modifiant l'arrêté du 08-09-2006 (JO du 22-09-2006) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine Mitroflow LX de la société Sorin Group France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-10-2006 (JO du 20-10-2006) relatif à l'inscription de la poudre à diluer ORAL IMPACT POWDER, de la solution prête à boire (voie orale) ORAL IMPACT et de la poche de nutrition entérale IMPACT ENTERAL de la société Novartis Nutrition SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 20-10-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Septembre

- Arrêté du 21-09-2006 (JO du 20-10-2006) relatif à la modification de la nomenclature des chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT), des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP), des chaussures orthopédiques, dénommées aussi chaussures thérapeutiques sur mesure, et de l'appareil spécial sur moulage inscrits aux chapitres 1 et 6 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 20-10-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS (annulé et remplacé par l'avis du 31-10-2006).

- Avis (JO du 15-09-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 15-09-2006) de tarifs et de prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 08-09-2006 (JO du 22-09-2006) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie Talux de la société Össur Europe BV au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 22-09-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS. **(ATTENTION erreur dans le JO : il faut lire code VI8Z103 et non V18Z103)**.
- Arrêté du 08-09-2006 (JO du 22-09-2006) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine MITROFLOW LX de la société Sorin Group France SAS au chapitre 2 du titre

III de la LPP. Modifié par arrêté du 13-10-2006 – JO du 27-10-2006.
- Avis (JO du 22-09-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Août

- Arrêté du 31-08-2006 (JO du 19-09-2006) relatif à l'inscription du lit médical XXL de la société MEDICATLANTIC au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-09-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 29-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (orthoprothèses titre II – chapitre 7).
- Arrêté du 25-08-2006 (JO du 08-09-2006) relatif à l'inscription des grains d'iode Isocord I-125 de la société Eckert & Ziegler Bebig GmbH au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 25-08-2006 (JO du 08-09-2006) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire Carbostent Technic plus de la société Sorin Group France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 25-08-2006 (JO du 08-09-2006) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie Dynamic Motion 1D35, TRIAS 1C30, Low Profil Axtion $1^{E}56$ et ProSymes 1C20 de la société Otto Bock France au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 08-09-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 25-08-2006 (JO du 31-08-2006) modifiant l'arrêté du 16-02-2006 relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 31-08-2006) relatif à l'inscription des cotyles RM CLASSIC et RM PRESS-FIT de la société Mathys Orthopédie SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'inscription des grains d'iode BRACHYSOURCE de la société Bard France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à la solution pour irrigation vésicale VESIRIG des laboratoires Aguettant inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'inscription des systèmes de nébulisation associant les nébuliseurs LC SPRINT et LC SPRINT Junior aux compresseurs 85G00 et 53G00 de la société PARI au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'endoprothèse coronaire Taxus Liberté et à l'endoprothèse coronaire Taxus Express² de la société Boston Scientific SA inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à la modification et à la radiation d'une référence de l'endoprothèse aortique modulaire Zenith de la société Cook France inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à la plaque BIOMESH H-BOVIN de la société Cousin Biotech inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 01-09-2006) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque double chambre ADAPTA DR de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-09-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 29-08-2006) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie Tribute, Trustep et Venture et à la radiation de Dynapro II de la société Daw SA au chapitre 7 du titre II de la LPP. Modifié par arrêté du 13-10-2006 – JO du 27-10-2006.
- Avis (JO du 29-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 29-08-2006) relatif à la modification des indications et des conditions de prescription, à la modification des libellés et au renouvellement d'inscription de pieds à restitution d'énergie et pour amputation basse de jambe au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif au changement de distributeur du produit GLUCAMESH inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'inscription d'une nouvelle référence de l'anneau gastrique ajustable SAGB de la société Ethicon Endo-Surgery au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Arrêté du 01-08-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque CONTAK RENEWAL 4RF de la société GUIDANT France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

Juillet

- Arrêté du 31-07-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à l'inscription de la prothèse de hanche de resurfaçage CONSERVE PLUS de la société Wright Medical France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Avis (JO du 25-07-2006) relatif aux tarifs en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 20-07-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-07-2006 (JO du 25-08-2006) relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 25-08-2006) relatif aux tarifs et aux prix de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-07-2006 (JO du 18-07-2006) relatif à l'inscription du conduit aortique valvé VAVGJ-515 de la société SAINT JUDE MEDICAL au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-07-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 06-07-2006 (JO du 18-07-2006) relatif à l'inscription du système implantable de neurostimulation médullaire GENESIS de la société Advanced Neuromodulation Systems (ANS) France au chapitre 4 du titre III de LPP.
- Avis (JO du 18-07-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-07-2006 (JO du 20-07-2006) relatif aux substituts osseux synthétiques de l'os OSTEOSET T de la société Wright Medical France au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Juin

- Arrêté du 19-06-2006 (JO du 05-07-2006) modifiant l'arrêté du 04-05-2006 relatif à l'inscription de nouvelles références et à la modification de libellés de l'implant de réfection de paroi PARIETEX COMPOSITE-PORCIN de la société SOFRADIM au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 15-06-2006 (JO du 05-07-2006) relatif à l'inscription des implants de réfection de paroi Bard Composix E/X, Bard Composix Kugel et Bard Ventralex de la société Bard France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 05-07-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 01-06-2006 (JO du 16-06-2006) relatif à la modification de la nomenclature relative aux sondes de stimulation cardiaque implantables inscrites à la section 2, chapitre 4, titre III, de la LPP.
- Avis (JO du 16-06-2006) de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

Mai

- Avis (JO du 30-05-2006) de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Avis (JO du 30-05-2006) de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 22-05-2006 (JO du 08-06-2006) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire Endeavor de la société Medtronic France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-06-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-05-2006 (JO du 30-05-2006) relatif à l'inscription du matelas ALOVA DM de la société ASKLE SANTE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 30-05-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 11-05-2006) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Arrêté du 04-05-2006 (JO du 25-05-2006) relatif à l'inscription du stent intracrânien LEO STENT de la société BALT Extrusion au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-05-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-05-2006 (JO du 19-05-2006) modifiant l'arrêté du 17-01-2006 relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques VITALITY 2 VR EL et VITALITY 2 DR EL de la société GUIDANT France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-05-2006 (JO du 19-05-2006) modifiant l'arrêté du 24-03-2006 relatif à l'inscription de HELISTENT TITAN 2 de la société HEXACATH FRANCE (code 3180468) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-05-2006 (JO du 19-05-2006) relatif à l'inscription et à la modification de l'implant de réfection de paroi PARIETEX COMPOSITE-PORCIN de la société SOFRADIM au chapitre 2 du titre III de la LPP. Modifié par arrêté du 19-06-2006 (JO du 05-07-2006).

- Avis (JO du 19-05-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-05-2006 (JO du 19-05-2006) modifiant l'arrêté du 14-12-2005 relatif à l'ajout ou à la modification de références de produits dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 2 du titre Ier de la LPP.

Avril

- Arrêté du 28-04-2006 (JO du 25-05-2006) relatif à la modification de la nomenclature relative à la section 1, sous-section 2, chapitre 1er, du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-05-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.

- Avis (JO du 28-04-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) TTC en euros d'un produit visé à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS.
- Avis (JO du 11-04-2006) relatif aux tarifs TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS (Solution viscoélastique)
- Arrêté du 10-04-2006 (JO du 28-04-2006) relatif à la modification d'une référence de l'endoprothèse aortique modulaire ZENITH de la société Cook France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-04-2006 (JO du 19-04-2006) relatif à la modification des libellés et au renouvellement d'inscription des greffons osseux Phoenix du laboratoire TBF au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-04-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-04-2006 (JO du 19-04-2006) modifiant les conditions de prescription et d'utilisation de l'acide L-polylactique New-Fill de la société Aventis Pharma Spécialités inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 04-04-2006 (JO du 19-04-2006) relatif à l'inscription de la solution stérile de hyaluronate de sodium pour usage ophtalmologique VISMED de la société Horus Pharma au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-04-2006) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Avis (JO du 28-03-2006) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS (rotateur 4R57 OTTO BOCK)

- Arrêté du 24-03-2006 (JO du 06-04-2006) relatif à l'inscription des pieds à restitution d'énergie MEDIPRO FLEX F et MEDIPRO FLEX V de la société MEDI France et CADENCE HP de la société PROTÉOR au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 06-04-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-03-2006 (JO du 06-04-2006) modifié par arrêté du 04-05-2006 relatif à l'inscription de HELISTENT TITAN 2 de la société HEXACATH France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 06-04-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 10-03-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS (rotateur 4R57 AI3Z002).

Février

- Arrêté du 24-02-2006 (JO du 10-03-2006) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique Powerlink de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-03-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Avis (JO du 23-02-2006) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit sur la LPP.
- Arrêté du 16-02-2006 (JO du 28-02-2006) (modifié par arrêté du 25-08-2006) relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP.

- Arrêté du 09-02-2006 (JO du 01-03-2006) relatif à l'inscription des implants de réfection de paroi SURGIMESH WN et de SURGIMESH WN non adhérente de la société ASPIDE MEDICAL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-03-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-02-2006 (JO du 23-02-2006) relatif au système PROVOX HME de la société COLLIN ORL au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-02-2006 (JO du 23-02-2006) relatif à l'inscription de la solution pour pulvérisations endobuccales AEQUASYAL du laboratoire EISAI SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-02-2006 (JO du 14-02-2006) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire Taxus Liberté et à la radiation de l'endoprothèse coronaire Taxus Express² de la société Boston Scientific SA au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-02-2006) relatif aux tarifs et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 26-01-2006 (JO du 07-02-2006) relatif à l'inscription de l'implant de soutènement sous-urétral TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) de la société ETHICON SARL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 25-01-2006 (JO du 07-02-2006) relatif à l'appareil pour lecture automatique de la glycémie et de la cétonémie MEDISENSE OPTIUM et aux accessoires pour l'estimation quantitative des corps cétoniques MEDISENSE OPTIUM béta CETONE de la société ABBOTT inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP
- Arrêté du 25-01-2006 (JO du 07-02-2006) relatif à l'inscription de l'implant d'embolisation artérielle EMBOGOLD de la société BIOSPHERE MEDICAL au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-01-2006 (JO du 03-02-2006) relatif à l'inscription du greffon cornéen de la Banque de tissus du centre hospitalier de Montpellier au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 03-02-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2006 (JO du 07-02-2006) relatif à l'inscription de l'implant de réfection de paroi MICROVAL-INTRA du laboratoire MICROVAL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 07-02-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2006 (JO du 31-01-2006) relatif à l'ajout d'une nouvelle référence et à la modification de trois références de l'endoprothèse aortique modulaire ZENITH de la société COOK FRANCE au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 31-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2006 (JO du 27-01-2006) modifiant l'arrêté du 24-11-2005 relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque OVATIO CRT 6750 et du stimulateur cardiaque NEWLIVING CHF de la société Sorin Group France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-01-2006 (JO du 27-01-2006) modifié par arrêté du 04-05-2006 relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques VITALITY 2 VR EL et VITALITY 2 DR EL de la société Guidant France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2006 (JO du 27-01-2006) relatif à l'inscription du dispositif intra-utérin au cuivre NT 380 de la société 7 MED Industrie au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 27-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-01-2006 (JO du 27-01-2006) relatif à l'inscription de ENTRUST VR (modèle D154 VRC) et de ENTRUST DR (modèle D154 ATG) de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 13-01-2006 (JO du 26-01-2006) relatif à l'inscription de l'implant de soutènement sous-urétral I-STOP de la société CL MEDICAL au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-01-2006 (JO du 18-01-2006) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque ENRHYTHM de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-01-2006 (JO du 18-01-2006) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque SYMPHONY DR 2550 de la société SORIN GROUP FRANCE SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 18-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

2005

Décembre

- Arrêté du 26-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à l'inscription de FREEDOM SOLO de la société SORIN GROUP France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 26-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques OVATIO VR 6250 et OVATIO DR 6550 de la société SORIN GROUP France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif au sphincter anal artificiel ACTICON NEOSPHINCTER de la société AMS France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 23-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à l'inscription du système ACTIVA de la société MEDTRONIC France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à l'ajout de références de produits dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à la modification de la nomenclature des paragraphes 2 « Système actif ambulatoire « et 3 « Accessoires à usage unique « , sous-section 5, section 2, chapitre 1, du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-12-2005 (JO du 10-01-2006) relatif à la radiation de références de produits dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 14-12-2005 (JO du 10-01-2006) modifié par arrêté du 04-05-2006 relatif à l'ajout ou à la modification de références de produits dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 10-01-2006) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-12-2005 (JO du 15-12-2005) relatif aux spécifications techniques figurant sur la LPP.

Novembre

- Arrêté du 30-11-2005 (JO du 07-12-2005) relatif à la modification des conditions de prescription et d'utilisation des endoprothèses coronaires CYPHER SELECT et CYPHER de la société CORDIS SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-11-2005 (JO du 08-12-2005) relatif à l'inscription de LUMOS VR-T et de LUMOS DR-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-12-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-11-2005 (JO du 08-12-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque OVATIO CRT 6750 et du stimulateur cardiaque NEWLIVING CHF de la société Sorin Group France au chapitre 4 du titre III de la LPP. (modifié par arrêté du 17-01-2006)
- Avis (JO du 08-12-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-11-2005 (JO du 01-12-2005) modifiant l'arrêté du 14-10-2005 relatif à l'inscription des implants vasculaires de pontage FIOWNIT BIOSEAL et FLOWWEAVE BIOSEAL de la société JOTEC GmbH au chapitre 2 du titre III de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 27-10-2005 (JO du 15-11-2005) relatif aux implants osseux Ceramil de la société M.I.L. inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-11-2005) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 25-10-2005 (JO du 04-11-2005) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques CONTAK RENEWAL 4 HE H 197 et H 199 de la société GUIDANT FRANCE SAS au

chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-11-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-10-2005 (JO du 04-11-2005) relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire Cypher Select, à l'ajout d'une nouvelle indication pour Cypher et à la radiation de l'endoprothèse Cypher de la société Cordis SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-11-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 21-10-2005 (JO du 04-11-2005) relatif à l'inscription du stylo injecteur pour cartouches Puregon Pen de la société Organon SA au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 04-11-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-10-2005 (JO du 27-10-2005) (modifié par arrêté du 21-11-2005) relatif à l'inscription des implants vasculaires de pontage FLOWNIT BIOSEAL et FLOWWEAVE BIOSEAL de la société JOTEC GmbH au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-10-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (TTC) de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-10-2005 (JO du 27-10-2005) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine PERIMOUNT MAGNA de la société EDWARDS LIFESCIENCES SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-10-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-10-2005 (JO du 27-10-2005) relatif à l'implant sphinctérien péri-urétral AMS 800 de la société AMS France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 27-10-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 27-10-2005) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS
- Arrêté du 06-10-2005 (JO du 25-10-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque INSYNC MAXIMO 7304 de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-10-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 06-10-2005 (JO du 25-10-2005) relatif à l'inscription des conduits valvés HANCOCK HC 105 et HC 150 de la société MEDTRONIC France au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-10-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-10-2005 (JO du 19-10-2005) modifiant l'arrêté du 20-07-2005 relatif à l'ajout de références de produits à la sous-section 1 de la section 3 du chapitre 2 du titre II LPP.
- Avis (JO du 19-10-2005) relatif aux tarifs en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-10-2005 (JO du 04-10-2005) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque implantable STRATOS LV-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-10-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Septembre

- Arrêté du 20-09-2005 (JO du 29-09-2005) relatif à l'inscription du lit médical FORTISSIMO de la société HOME MEDICAL SERVICE au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 29-09-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente en euros (TTC) des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 06-09-2005 (JO du 21-09-2005) portant radiation des implants articulaires de cheville inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP et relatif à l'inscription de la prothèse totale de cheville STAR de la société LINK SARL (France) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 21-09-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 20-09-2005) (modifiant l'avis du 20-07-2005 tarif REALDIET code 1163709) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2005 (JO du 13-09-2005) portant radiation de la ligne de nomenclature générique « implant digestif annulaire pour gastroplastie « et relatif à l'inscription de nouvelles lignes de nomenclature au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-09-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2005 (JO du 13-09-2005) relatif à l'inscription des dispositifs intra-utérins Mona Lisa CuT-380A, Mona Lisa Cu375-RO, Mona Lisa Cu375 SL RO et Mona Lisa NT Cu380 de la société Mona Lisa NV au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2005 (JO du 13-09-2005) relatif à l'inscription de la valve aortique péricardique bovine SOPRANO de la société Sorin Group France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 02-09-2005 (JO du 13-09-2005) relatif à l'inscription du stent Tecnic Carbostent de la société Sorin Group France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-09-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juillet

- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 19-08-2005) modifiant l'arrêté du 27-06-2005 relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique EXCLUDER de la société WL Gore et Associés au chapitre 1 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 23-08-2005) modifiant l'arrêté du 25-05-2005 relatif à l'inscription des prothèses totales de chevilles AES de la société Biomet France, Hintegra de la société Newdeal SA (France) et Salto de la société Tornier SAS (France) au chapitre 1 du titre III de la LPP et modifiant l'arrêté du 25-05-2005 relatif à l'inscription des greffons osseux traités pas Ostéopure de la société Ost Developpement au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 24-08-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable EPIC + DR V – 239 de la société St Jude Medical France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 19-08-2005) relatif au tarif et au prix limte de ventre au public (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 19-08-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable KRONOS LV-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-08-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 19-08-2005) relatif à l'inscription du stent Lekton Motion de la société Biotronik France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-08-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public (TTC) d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 29-07-2005 (JO du 19-08-2005) relatif à l'inscription de Structovial de la société Pierre Fabre Médicament au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-08-2005) relatif aux tarifs en euros (TTC) des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 26-07-2005 (JO du 09-08-2005) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique modulaire Zenith de la société Cook France au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 09-08-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-07-2005 (JO du 03-08-2005) (modifié par arrêté du 04-10-2005) relatif à l'ajout de références de produits à la sous-section 1 de la section 3 du chapitre 2 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 03-08-2005) relatif aux tarifs en euros (TTC) des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 20-07-2005 (JO du 03-08-2005) modifiant le chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 20-07-2005 (JO du 03-08-2005) modifiant l'arrêté du 11-05-2005 relatif à l'ajout de références de produits à la section 6 du chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 31-07-2005) relatif aux tarifs en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-07-2005) prenant acte du non-renouvellement d'inscription du produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-07-2005) prenant acte du non-renouvellement d'inscription du produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 13-07-2005) prenant acte du non-renouvellement d'inscription du produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 12-07-2005 (JO du 30-08-2005) modifiant l'arrêté du 02-03-2005 relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP prévue à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-07-2005 (JO du 20-07-2005) relatif à l'inscription de RealDiet® Peptide des laboratoires DHN au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 20-07-2005) relatif au tarif en euros TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 08-07-2005 (JO du 20-07-2005) modifiant le chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 08-07-2005) relatif à la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du CSS (Solution viscoélastique Supartz).
- Avis (JO du 08-07-2005) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS (Solution viscoélastique Genzyme).
- Arrêté du 05-07-2005 (JO du 22-07-2005) modifiant le chapitre 3 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 01-07-2005 (JO du 14-07-2005) relatif à l'inscription de LEXOS VR-T et de LEXOS DR-T de la société BIOTRONIK France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 14-07-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Juin

- Arrêté du 27-06-2005 (JO du 13-07-2005) modifié par arrêté du 29-07-2005 (JO du 19-08-2005) relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique EXCLUDER de la société WL Gore et associés au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO 13-07-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 24-06-2005 (JO du 08-07-2005) relatif à l'inscription d'une nouvelle ligne de nomenclature sous désignation générique pour les nutriments du groupe I au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 08-07-2005) relatif au tarif TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-06-2005 (JO du 08-07-2005) relatif à l'inscription de ZOMAJET 2 VISION de la société FERRING SAS (France) au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 08-07-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-06-2005 (JO du 08-07-2005) modifiant le chapitre 1 du titre III de la LPP et l'arrêté du 02-08-2004.
- Avis (JO du 17-06-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (implants de paroi)
- Avis (JO du 07-06-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (rectificatif à l'avis du 27-05-2005)

Mai

- Avis (JO du 27-05-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visées à l'article L. 165-1 du CSS (implant sphinctérien)

- Avis (JO du 27-05-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (implant réfection paroi) (rectifié par avis du 07-06-2005)
- Arrêté du 25-05-2005 (JO du 01-06-2005) modifié par arrêté du 29-07-2005 (JO du 23-08-2005) relatif à l'inscription des prothèses totales de cheville AES de la société Biomet France, Hintegra de la société Newdeal SA (France) et Salto de la société Tornier SAS (France) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-06-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 25-05-2005 (JO du 01-06-2005) modifiant le chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2005 (JO du 01-06-2005) relatif à la solution viscoélastique ADANT de la société FORNET inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2005 (JO du 01-06-2005) relatif aux implants osseux BIOCORAL-CORAIL de la société INOTEB inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2005 (JO du 01-06-2005) modifié par arrêté du 29-07-2005 (JO du 23-08-2005) relatif à l'inscription des greffons osseux traités par Ostéopure de la société OST DEVELOPPEMENT au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 01-06-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 19-05-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (oxygénothérapie)
- Arrêté du 11-05-2005 (JO du 24-05-2005) (modifié par arrêté du 20-07-2005 – JO du 03-08-2005) relatif à l'ajout de références de produits à la section 6 du chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 24-05-2005) relatif aux tarifs de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-05-2005 (JO du 19-05-2005) relatif à l'inscription de FLOW COLLECTOR de la société B. BRAUN MEDICAL SAS au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 19-05-2005) relatif aux tarifs de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 04-05-2005 (JO du 13-05-2005) relatif aux implants articulaires METASUL de la société SULZER ORTHOPEDICS/CEDIOR inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-05-2005 (JO du 19-05-2005) portant radiation de l'adaptateur de rotation « Rotateur 3.1.2670 de la société Proteval « inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 02-05-2005 (JO du 19-05-2005) portant radiation de la tête et tête à jupe (réf. 85-9848), du cotyle (réf. 85-9836) et de l'insert (réf. 85-9845) de la société Johnson et Johnson inscrits au chapitre 1er du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-05-2005 (JO du 12-05-2005) relatif aux stimulateurs cardiaques INSIGNA ULTRA SR 1190 et INSIGNA ULTRA DR 1290 de la société GUIDANT FRANCE inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.

Avril

- Avis (JO du 04-05-2005) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS (solution viscoélastique Fornet).

- Avis (JO du 22-04-2005) relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS (Titre III – chapitre 1 – section 5).
- Arrêté du 21-04-2005 (JO du 04-05-2005) relatif à l'inscription de la prothèse de hanche BHR de la société Smith & Nephew au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-05-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 20-04-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (Titre III – chapitre 4 – stimulateurs cardiaques)
- Avis (JO du 20-04-2005) relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS (Titre I – chapitre I – section 6 – Solution viscoélastique) .
- Arrêté du 12-04-2005 (JO du 26-04-2005) relatif à l'inscription de CERAPLAST CMT de la société CERAVER (France) au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-04-2005) relatif aux tarifs et aux prix de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 12-04-2005 (JO du 26-04-2005) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques VITALITY 2 VR T 175 et VITALITY 2 DR T 165 de la société GUIDANT France au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 26-04-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 12-04-2005 (JO du 26-04-2005) relatif à l'inscription du corset toilé de Saint-Étienne de la société Lecante SA France au chapitre 7 du titre II de LPP.
- Avis (JO du 26-04-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

Mars

- Avis (JO du 24-03-2005) relatif aux tarifs en euros TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS. (Remplace l'avis du 16-03-2005 –Titre I – chapitre 1 – Nutriment Realdiet pédiatrie).

- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 24-03-2005) relatif à l'inscription de TORONTO SVP II de la société St Jude Medical France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 24-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 16-03-2005) relatif aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS (Défibrillateurs)
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription de MEPITEL de la société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SA (France) au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription d'AQUACEL des laboratoires CONVATEC au chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) modifiant l'arrêté du 30-12-2004 relatif à l'inscription de Trufill de la société Cordis SAS à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque INSYNC SENTRY 7298 de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque FRONTIER II, modèle 5596, de la société ST JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription du stimulateur du nerf vague NeuroCybernetics Prothesis (NCP) 102 et 102R et de l'électrode VNS bipolaire 302 de la société Cyberonics Europe SA/NV au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif à l'inscription de la valve aortique d'origine porcine et bovine EPIC SUPRA de la société ST JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 2 du titre III et aux valves aortiques de la société ST JUDE MEDICAL France SAS au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005) relatif au renouvellement d'inscription des solutions viscoélastiques d'acide hyaluronique VISCORNÉAL ORTHO de la société CORNEAL, ARTHRUM de la société LCA SA, SINOVIAL des laboratoires GENEVRIER et SUPLASYN de la société CHIESI SA inscrites au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Avis (JO du 09-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (Chaussures orthopédiques – Titre II – Chapitre 6)
- Avis (JO du 04-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS (Orthoprothèses – Titre II – Chapitre 7)
- Arrêté du 02-03-2005 (JO du 10-05-2005) modifié par arrêté du 12-07-2005 (JO du 30-08-2005) relatif à la radiation de produits et prestations de la LPP (implants ophtalmologiques).

Février

- Arrêté du 24-02-2005 (JO du 16-03-2005) relatif à l'inscription du corset-siège avec dossier mobile SIDO de la société PROTÉOR Handicap au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 16-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque implantable Alto 2 MSP 627 de la société ELA MEDICAL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-02-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.

- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) relatif à l'inscription de AMOENA CONTACT de la société AMOENA France au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 25-02-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) relatif à l'inscription de T70DR de la société VITATRON France SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-02-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) relatif à l'inscription de INTRINSIC DR 7288 de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-02-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) relatif au renouvellement d'inscription de CONDUIT TM R de la société DEPUY FRANCE inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 25-02-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) modifiant l'arrêté du 24-01-2005 relatif à l'inscription de PHYSIO-STIM LITE de la société ORTHOFIX SA au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 25-02-2005) modifiant l'arrêté du 17-06-2004 relatif à l'inscription de l'ELECTRODE MEDISENSE OPTIUM ™ CETONE et du lecteur MEDISENSE OPTIUM ™ de la société Abbott France – Division Medisense inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 23-02-2005) relatif à l'inscription de l'obturateur anal Peristeen Obtal des laboratoires Coloplast au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2005) relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 23-02-2005) relatif à l'inscription du système de nébulisation pour aérosolthérapie eFLOW de la société PARI au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2005) relatif aux tarifs de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 11-02-2005 (JO du 23-02-2005) relatif à l'inscription de Talent LPS avec système de pose Xcelerant de la société MEDTRONIC France SAS au chapitre 1 au titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-02-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2005 (JO du 16-03-2005) relatif à l'inscription de 3C100 C-LEG de la société OTTO BOCK France au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Avis (JO du 16-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2005 (JO du 16-03-2005) relatif au nutriment INFATRINI de la société NUTRICIA France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 16-03-2005) relatif aux tarifs TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 03-02-2005 (JO du 16-03-2005) relatif à l'inscription de Real-Diet Pédiatrie Standard et de RealDiet Pédiatrie Fibres des laboratoires DHN au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 16-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente TTC des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS. (Remplacé par l'avis du 24-03-2005)
- Arrêté du 03-02-2005 (JO du 16-03-2005) relatif à l'inscription des grains d'iode des sociétés Amersham Health SA et Bebig GmbH au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 23-03-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Janvier

- Arrêté du 27-01-2005 (JO du 11-02-2005) modifiant l'arrêté du 18-05-2004 relatif à la revalorisation des tarifs des orthoprothèses inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP.

- Arrêté du 27-01-2005 (JO du 08-02-2005) relatif au renouvellement d'inscription du ciment phosphocalcique CEMENTEK de la société TEKNIMED SA inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 08-02-2005) relatif aux tarifs et aux prix des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 27-01-2005 (JO du 08-02-2005) relatif aux modifications des conditions de prise en charge de l'endoprothèse CYPHER de la société CORDIS SAS inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-01-2005 (JO du 04-02-2005) relatif à l'inscription de ORTHOVISC de la société VITA RESEARCH au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 04-02-2005) relatif au tarif d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-01-2005 (JO du 04-02-2005) relatif à l'inscription de PHYSIO-STIM® LITE de la société ORTHOFIX SA au chapitre 1 du titre I de la LPP. (Modifié par arrêté du 11-02-2005 – JO du 25-02-2005).
- Avis (JO du 04-02-2005) relatif au tarif et au prix d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 24-01-2005 (JO du 04-02-2005) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque CRT 8000, modèle RT 8000, de la société Vitatron France SARL au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 04-02-2005) relatif aux tarifs et aux prix d'un produit visé à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2005 (JO du 15-02-2005) relatif à l'inscription de New-Fill de la société AVENTIS PHARMA SPÉCIALITÉS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 15-02-2005) relatif au tarif (TTC) de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables de la société Saint Jude Medical au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 17-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription des greffons osseux Biobank® - formes géométriques et copeaux – de la société BIOBANK au chapitre 3 du titre III de

la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription d'Essure de la société Conceptus à la section 8 du chapitre I du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription de Microplex Coil System de la société Microvention France SARL à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de prduits et prestatons visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription de DUROLANE TM de la société Q-MED au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif au tarif d'un produit et prestation visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription de GLUCAMESH de la société SURGI B au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 14-01-2005 (JO du 28-01-2005) relatif à l'inscription de Sprafilm® de la société Genzyme France SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 28-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

2004

Décembre

- Arrêté du 23-12-2004 (JO du 14-01-2005) relatif aux implants ophtalmologiques HEALON COQ et HEALON GV-COQ de la société PHARMACIA & UPJOHN inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-12-2004 (JO du 14-01-2005) relatif au conduit valvé ATS-BOVIN de la société MEDI SERVICE inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-12-2004 (JO du 13-01-2005) relatif à l'inscription d'Interceed de la société Ethicon SAS au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Avis (JO du 13-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.
- Arrêté du 30-12-2004 (JO du 13-01-2005) relatif à l'inscription de Trufill de la société Cordis SAS à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1 du titre III de la LPP. Modifié par l'arrêté du 09-03-2005 (JO du 23-03-2005).
- Avis (JO du 13-01-2005) relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du CSS.

Novembre

- Arrêté du 25-11-2004 (JO du 02-12-2004) relatif à l'inscription des stimulateurs Identity ADX de la société Saint Jude Medical SAS au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-11-2004 (JO du 01-12-2004) relatif à l'inscription de PROTIFAR PLUS sachet de la société Nutricia France au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 23-11-2004 (JO du 01-12-2004) relatif à l'inscription de RealDiet HP Fibres des laboratoires DHN, groupe Celia, au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 23-11-2004 (JO du 01-12-2004) relatif à la valve cardiaque LABCOR SYNERGIE TM ST-PORCIN de la société Labcor Laboratorios inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif à l'implant méniscal MENISCUS ARROW de la société Biotech International inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-11-2004 (JO du 01-12-2004) relatif à l'inscription de l'implant fémoral en oxyde de zirconium de la société Smith & Nephew au chapitre 1 du titre III de la LPP. **ATTENTION : PAS D'ARRÊTÉ POUR LE PRIX LIMITE DE VENTE .**
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) portant radiation des valves cardiaques PERICARBON STENLESS-BOVIN et PERICARBON-BOVIN de la société SORIN BIOMEDICA inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif au renouvellement d'inscription du dispositif intra-utérin NOVA T 380 de la société SCHERING SA inscrit au chapitre 1 du titre I de

la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif aux couples générateurs d'aérosol et nébuliseurs et aux générateurs ultrasoniques avec systèmes de nébulisation intégrée de la société RÜSCH MÉDICAL inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif aux solutions viscoélastiques pour injection intraoculaire BIOLON et BIOLON PRIME de la société Chauvin-Opsia inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) modifiant l'arrêté du 26-05-2004 relatif à l'inscription de AneuRx, de Talent LPS et de Reveal Plus 9526 de la société Medtronic France SAS au titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif au protecteur de hanche HIPS de la société MEDIRIS inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 23-11-2004) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG de la société FH Industrie inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-11-2004 (JO du 18-11-2004) relatif aux modifications des conditions de prise en charge et à l'inscription de nouvelles références de l'endoprothèse Taxus Express² de la société Boston Scientific SA inscrite au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 27-10-2004 (JO du 30-11-2004) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dits « triple chambre », au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 27-10-2004 (JO du 30-11-2004) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables et des sondes de défibrillation cardiaque au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-10-2004 (JO du 29-10-2004) relatif aux débitmètres de pointe inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 15-10-2004 (JO du 29-10-2004) relatif à l'inscription de greffons osseux de la société Biobank au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-10-2004 (JO du 20-10-2004) modifiant l'arrêté du 15-07-2004 relatif à l'inscription des chaussures thérapeutiques de série Aire, Dax, Douai de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne (APCFL) au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 05-10-2004 (JO du 20-10-2004) modifiant l'arrêté du 17-06-2004 relatif à l'inscription d'Algostéril des laboratoires Brothier SA au titre I de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 21-09-2004 (JO du 05-10-2004) modifiant le titre I de la LPP.
- Arrêté du 20-09-2004 (JO du 30-09-2004) relatif à la modification de la sous-section 4 « Diffuseurs portables stériles » de la section 2 inscrite au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 10-09-2004 (JO du 30-09-2004) relatif à l'inscription du compresseur autonome UNI LIGHT MOBIL associé au nébuliseur LC PLUS de la société Pari au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Août

- Arrêté du 31-08-2004 (JO du 15-09-2004) fixant le prix de vente public TTC du neurostimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP) 101 et de l'électrode VNS bipolaire de la société Cyberonics Europe SA/NV inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 31-08-2004 (JO du 15-09-2004) relatif à l'inscription du neurostimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetics Prothesis (NCP) et de l'électrode VNS bipolaire de la société Cyberonics Europe SA/NV au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 31-08-2004 (JO du 15-09-2004) fixant le prix de vente public TTC des implants ophtalmologiques viscoélastiques Ophtalin et Ophtalin Plus de la société Ciba Vision inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 31-08-2004 (JO du 15-09-2004) relatif aux implants ophtalmologiques viscoélastiques Ophtalin et Ophtalin Plus de la société Ciba Vision inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2004 (JO du 23-09-2004) modifiant le chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2004 (JO du 23-09-2004) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques INSIGNA ULTRA de la société Guidant France SAS inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-08-2004 (JO du 09-09-2004) relatif à la modification de la section 2 du chapitre 3 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 20-08-2004 (JO du 09-09-2004) relatif à l'inscription de Synocrom de la société Croma Pharma au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 18-08-2004 (JO du 24-08-2004) relatif à la fixation des prix minima de vente TTC au public des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronidation, dits « triples chambre », inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-08-2004 (JO du 24-08-2004) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronidation, dits « triples

chambre », au chapitre 4 du titre III de la LPP. **(Retiré par l'arrêté du 27-10-2004 – JO du 30-11-2004)**
- Arrêté du 18-08-2004 (JO du 24-08-2004) relatif à la fixation des prix maxima de vente TTC au public des défibrillateurs cardiaques implantables et des sondes de défibrillation cardiaques inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-08-2004 (JO du 24-08-2004) relatif à l'inscription des défibrillateurs cardiaques implantables et des sondes de défibrillation cardiaque au chapitre 4 du tire III de la LPP. **(Retiré par l'arrêté du 27-10-2004 – JO du 30-11-2004)**
- Arrêté du 02-08-2004 (JO du 18-08-2004) relatif au renouvellement d'inscription de SPIROTEL de la société RDSM inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2004 (JO du 13-08-2004) fixant le prix limite de vente au public de la rubrique relative aux implants d'embolisation artérielles inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2004 (JO du 13-08-2004) modifiant la rubrique relative aux implants d'embolisation artérielle inscrit au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2004 (JO du 13-08-2004) fixant le prix de vente des ligaments artificiels LIGASTIC de la société ORTHOMED SA inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP. (modifié par arrêté du 24-06-2005).
- Arrêté du 02-08-2004 (JO du 13-08-2004) relatif au renouvellement d'inscription des ligaments artificiel LIGASTIC de la société ORTHOMED SA inscrits au chapitre 1 du titre III de la LPP.

Juillet

- Arrêté du 15-07-2004 (JO du 29-07-2004) relatif à l'inscription des chaussures thérapeutiques de série AIRE, DAX, DOUAI de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne (APCFL) au chapitre 1 du titre II de la LPP. **ATTENTION ERREUR DANS L'ARRÊTÉ : le tarif de 71,65 € concerne la paire et non la chaussure**. Correction dans l'arrêté du 05-10-2004 (JO du 20-10-2004).
- Arrêté du 15-07-2004 (JO du 29-07-2004) relatif à l'inscription de la chaussure d'HALLUS-VALGUS du laboratoire SOBER au chapitre 1 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 02-07-2004 (JO du 16-07-2004) relatif à l'inscription de TUBULCUS des laboratoires INNOTHERA (France) au chapitre 1 du titre II de la LPP.

Juin

- Arrêté du 17-06-2004 (JO du 02-07-2004) relatif à l'inscription de nutriments au titre I de la LPP.
- Arrêté du 17-06-2004 (JO du 02-07-2004) relatif à l'inscription de l'ÉLECTRODE MEDISENSE ® OPTIUM ™ béta CETONE et du lecteur MEDISENSE ® OPTIUM ™ de la société Abbott France (division Medisense) inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP. (Modifié par arrêté du 11-02-2005 – JO du 25-02-2005)
- Arrêté du 17-06-2004 (JO du 02-07-2004) relatif à l'inscription d'Algostéril des laboratoires BROTHIER SA au titre I de la LPP (modifié par arrêté du 05-10-2004 – JO du 20-10-2004).
- Arrêté du 03-06-2004 (JO du 06-08-2004) modifiant l'arrêté du 17-02-2004 relatif au renouvellement d'inscription du dispositif intra-utérin NOVA T de la société SCHERING SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 03-06-2004 (JO du 25-06-2004) modifiant les titres I et II de la LPP
- Arrêté du 03-06-2004 (JO du 22-06-2004) relatif au protecteur de hanche KPH de la société HRA PHARMA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 03-06-2004 (JO du 22-06-2004) de radiation du ligament de cheville de la société LARS inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-06-2004 (JO du 22-06-2004) modifiant l'arrêté du 17-02-2004 relatif aux implants ophtalmologiques viscoélastiques Vitrax-coq et Vitrax M-coq de la société AMO inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-06-2004 (JO du 30-06-2004) [ARRÊTÉ DU MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE] fixant les prix maxima de vente au public TTC de certains produits et prestations inscrits aux titres I, II et III de la LPP. **Nota. – Les annexes au présent arrêté sont publiées dans l'édition des Documents administratifs n° 8 du 30 juin 2004, disponible en édition papier à la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15. CETTE BASE A ÉTÉ MISE À JOUR EN FONCTION DE CE DOCUMENT.** (Annexe IV : liste des arrêtés abrogés).

Mai

- Arrêté du 27-05-2004 (JO du 11-06-2004) fixant le prix de vente public TTC des implants ophtalmologiques, viscoélastiques MICROVISC et MICROVISC PLUS de la société FCI inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 27-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif aux implants ophtalmologiques, viscoélastiques MICROVISC et MICROVISC PLUS de la société FCI inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 27-05-2004 (JO du 11-06-2004) fixant le prix de vente de STRATASIS TF de la société COOK FRANCE inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 27-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif à l'inscription de STRATASIS TF de la société COOK FRANCE au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 26-05-2004 (JO du 15-06-2004) fixant le prix de vente de AneuRx®, de Talent LPS et de Reveal Plus® 9526 de la société MEDTRONIC FRANCE SAS inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 26-05-2004 (JO du 15-06-2004) relatif à l'inscription de AneuRx®, de Talent LPS et de Reveal Plus® 9526 de la société MEDTRONIC FRANCE SAS au titre III de la LPP. (corrigé par arrêté du 05-11-2004 – JO du 23-11-2004)
- Arrêté du 26-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif à la revalorisation du tarif du greffon cornéen de la Banque française des yeux inscrit au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 26-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif à la fixation du prix de vente public TTC du greffon cornéen de la Banque française des yeux inscrit au chapitre 3 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2004 (JO du 15-06-2004) modifiant l'arrêté du 25-03-2004 modifiant le titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2004 (JO du 15-06-2004) relatif à l'inscription de diffuseurs portables de la société NORMED NM MEDICAL au titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2004 (JO du 15-06-2004) relatif aux nutriments spécifiques Nutrini Energy , Nutrini NRJ Multifibres, Tentrini Energy et Tentrini NRJ Multifibres de la société Nutricia inscrits au titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2004 (JO du 15-06-2004) fixant le prix limite de vente du stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie EnPulseTM DR de la société MEDTRONIC FRANCE inscrit au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-05-2004 (JO du 15-06-2004) modifiant le chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif à la fixation du prix limite de vente public TTC d'orthprothèses inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP. (**Codes en double** : TR79C11, TR59C11, TR49C11 **avec prix différents**, AT79C01, AT59C01, AT49C01 **avec prix identiques**).
- Arrêté du 18-05-2004 (JO du 11-06-2004) relatif à la revalorisation des tarifs des orthoprothèses inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP. Modifié par l'arrêté du 27-01-2005 (JO du 11-02-2005).
- Arrêté du 17-05-2004 (JO du 28-05-2004) fixant le prix de vente public TTC des valves péricardiques Pericarbon More et Pericarbon Freedom Stentless de la société Sorin Biomedica inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-05-2004 (JO du 28-05-2004) relatif à l'inscription des valves péricardiques Pericarbon More et Pericarbon Freedom Stentless de la société Sorin Biomedica au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-05-2004 (JO du 28-05-2004) modifiant l'arrêté du 26-02-2004 fixant le prix de vente public TTC de la valve aortique d'origine animale Toronto Root Bioprothesis de la société St. Jude Medical France SAS inscrite au chapitre 2 du titre III de la LPP.

Avril

- Arrêté du 30-04-2004 (JO du 13-05-2004) fixant le prix de vente public TTC de stimulateurs cardiaques inscrits à la section 1 du chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-04-2004 (JO du 13-05-2004) modifiant les tarifs de stimulateurs cardiaques inscrits à la section 1 du chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-04-2004 (JO du 13-05-2004) relatif à la revalorisation des tarifs des tarifs des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 30-04-2004 (JO du 13-05-2004) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.

Mars

- Arrêté du 26-03-2004 (JO du 01-04-2004) modifiant le titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-03-2004 (JO du 01-04-2004) modifiant le titre I de la LPP (modifié par arrêté du 25-05-2004 – JO du 15-06-2004)
- Arrêté du 19-03-2004 (JO du 01-04-2004) relatif au renouvellement d'inscription de l'adaptateur de rotation Otto Bock 4R57® de la société Otto Bock inscrit au chapitre 7 du titre II de la LPP.

Février

- Arrêté du 27-02-2004 (JO du 10-03-2004) relatif à l'inscription de INFATRINI® de la société Nutricia France inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP.

- Arrêté du 27-02-2004 (JO du 10-03-2004) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 27-02-2004 (JO du 10-03-2004) relatif aux tarifs des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 26-02-2004 (JO du 10-03-2004) fixant le prix de vente public TTC de dispositifs médicaux inscrits au titre III de la LPP **(attention à l'art. 3 les prix limites de vente au public TTC sont diminués pour les codes 3444364 et 3488864 ce qui les différencient des tarifs de responsabilité – Cette anomalie est rectifiée par l'arrêté du 30-04-2004 – JO du 13-05-2004). VOIR CIR 112 / 2004 du 27-09-2004 pour facturation de la période entre le 12-03-2004 et le 14-05-2004.**
- Arrêté du 26-02-2004 (JO du 10-03-2004) modifiant le titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-02-2004 (JO du 04-03-2004) fixant le prix de vente public TTC des valves cardiaques AORTECH de la société AORTECH inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-02-2004 (JO du 04-03-2004) relatif aux valves cardiaques AORTECH de la société AORTECH inscrites au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 19-02-2004 (JO du 10-03-2004) relatif à l'inscription du matelas mixte Vita Form de la société Pharma Ouest inscrit au chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2004 (JO du 03-03-2004) fixant le prix de vente public TTC des implants ophtalmologiques viscoélastiques Vitrax-coq et Vitrax M-coq de la société AMO inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2004 (JO du 03-03-2004) relatif aux implants ophtalmologiques viscoélastiques Vitrax-coq et Vitrax M-coq de la société AMO inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP. (modifié par arrêté du 03-06-2004)
- Arrêté du 17-02-2004 (JO du 03-03-2004) fixant le prix de vente public TTC du dispositif intra-utérin Nova T inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP
- Arrêté du 17-02-2004 (JO du 03-03-2004) relatif au renouvellement d'inscription du dispositif intra-utérin Nova T de la société Schering SA inscrit au chapitre 1 du titre I de la LPP. (modifié par arrêté du 03-06-2004)

Janvier

- Arrêté du 15-01-2004 (JO du 27-01-2004) fixant le prix de vente public TTC de l'implant coronairen dit « stent » Taxus Express² de la société Boston Scientific SA inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-01-2004 (JO du 27-01-2004) modifiant le chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2004 (JO du 30-01-2004) relatif au coussin à air statique SOF.CARE SCC et aux surmatelas à air statique SOF.CARE SCMU = SC 402 et SOF.CARE, SCPU = SC 840 de la société La Diffusion technique française inscrits au chapitre 2 du titre I de la LPP.

2003

Novembre

- Arrêté du 21-11-2003 (JO du 04-12-2003) modifiant le titre I de la LPP.
- Arrêté du 10-11-2003 (JO du 26-11-2003) fixant le prix de vente public toutes taxes comprises d'orthoprothèses inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 10-11-2003 (JO du 26-11-2003) relatif au chapitre 7 du titre II de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 31-10-2003 (JO du 18-11-2003) fixant le prix de vente public TTC des substituts osseux d'origine synthétique et des cales d'interpositions inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 31-10-2003 (JO du 18-11-2003) modifiant le chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 28-10-2003 (JO du 13-11-2003) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques inscrits à la section 1 du chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 28-10-2003 (JO du 13-11-2003) modifiant la section 1 du chapitre 4 du titre III de la LPP.

- Arrêté du 10-10-2003 (JO du 22-10-2003) modifiant les titres I, II, III et IV de la LPP.
- Arrêté du 01-10-2003 (JO du 17-10-2003) relatif à la fixation du prix limite de vente public TTC du conduit aortique valvé Shelhigh NR 2000C et de la valve aortique Shelhigh Superstentless NR 2000 Plus de la société Shelhigh Inc. Inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-10-2003 (JO du 17-10-2003) relatif à l'inscription du conduit aortique valvé Shelhigh NR 2000C et de la valve aortique Shelhigh Superstentless NR 2000 Plus de la société Shelhigh Inc. Au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-10-2003 (JO du 17-10-2003) relatif à la fixation du prix limite de vente public TTC des conduits pulmonaires valvés Shelhigh NR 4000 PA de la société Shelhigh Inc. Et Contegra de la société Medtronic France inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-10-2003 (JO du 17-10-2003) relatif à l'inscription des conduits pulmonaires valvés Shelhigh NR 4000 PA de la société Shelhigh Inc. Et Contegra de la société Medtronic France au chapitre 2 du titre III de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 29-09-2003 (JO du 10-10-2003) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 29-09-2003 (JO du 10-10-2003) relatif à la revalorisation des tarifs des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 26-09-2003 (JO du 10-10-2003) fixant le prix de vente public TTC des vis pédiculaires du rachis inscrites au chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 26-09-2003 (JO du 10-10-2003) modifiant le chapitre 1 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 25-09-2003 (JO du 08-10-2003) relatif aux implants de réfection de paroi Parietex de la société SOFRADIM inscrits au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-09-2003 (JO du 24-09-2003) de fixation du prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques PULSAR MAX SR 1170, PULSAR DDD 972, PULSAR MAX DR 1270, INSIGNA PLUS SR 1194 et INSIGNA PLUS DR 1298 de la société Guidant France inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-09-2003 (JO du 24-09-2003) modifiant le chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-09-2003 (JO du 23-09-2003) modifiant le chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 09-09-2003 (JO du 23-09-2003) fixant le prix de vente public TTC de Cypher de la société Cordis Europa NV inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 09-09-2003 (JO du 23-09-2003) modifiant le chapitre 1 du titre III de la LPP.

Juillet

- Arrêté du 18-07-2003 (JO du 31-07-2003) modifiant le chapitre 3 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 18-07-2003 (JO du 31-07-2003) fixant le prix de vente public TTC des implants d'embolisation Embosphère de la société Biosphere medical inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-07-2003 (JO du 31-07-2003) relatif à l'implant d'embolisation artérielle Embosphère de la société Biosphere medical inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 16-07-2003 (JO du 31-07-2003) fixant le prix de vente public TTC des solutions viscoélastiques BD Visc et BD Multivisc de la société Becton Dickinson inscrit au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 16-07-2003 (JO du 31-07-2003) portant inscription des solutions viscoélastiques BD Visc et BD Multivisc de la société Becton Dickinson au chapitre 2 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 16-07-2003 (JO du 31-07-2003) modifiant le chapitre 2 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 03-07-2003 (JO du 17-07-2003) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques Talent DR 213, Talent II DR 233 et Talent III DR 253 de la société Ela Medical inscrits au chapitre 4 du titre III de la LPP.
- Arrêté du 03-07-2003 (JO du 17-07-2003) modifiant le chapitre 4 du titre III de la LPP. **(erreur dans le tableau du JO : Talent III DR 213 au lieu de Talent DR 213 – corrigée dans la base)**

Juin

- Arrêté du 30-06-2003 (JO du 09-07-2003) modifiant le chapitre 1 du titre II de la LPP.

Mai

- Arrêté du 16-05-2003 (JO du 05-06-2003) fixant le prix limite de vente public TTC des solutés de réhydratation orale inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-05-2003 (JO du 05-06-2003) relatif à l'inscription des solutés de réhydratation orale au titre I de la LPP.

Avril

- Arrêté du 25-04-2003 (JO du 13-05-2003) fixant le prix de vente public TTC du générateur d'ultrasons Exogen 2000 de la société Smith and Nephew inscrit au titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-04-2003 (JO du 13-05-2003) relatif à l'inscription du générateur d'ultrasons Exogen 2000 de la société Smith and Nephew au titre I de la LPP.
- Arrêté du 11-04-2003 (JO du 08-05-2003) fixant le prix de vente public TTC de l'Endoroll Fix de la société Ethicon inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 11-04-2003 (JO du 08-05-2003) relatif à l'inscription de l'Endoroll Fix de la société Ethicon SA au titre III de la LPP.

Mars

- Arrêté du 27-03-2003 (JO du 15-04-2003) revalorisant les tarifs du chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 27-03-2003 (JO du 15-04-2003) revalorisant le prix de vente public TTC du chapitre 7 du titre II de la LPP.

Février

- Arrêté du 17-02-2003 (JO du 04-04-2003) revalorisant les tarifs des prothèses oculaires inscrites au chapitre 5 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2003 (JO du 04-04-2003) modifiant l'arrêté du 24-12-2002 relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque Selection 9000 de la société Vitatron au titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2003 (JO du 04-04-2003) modifiant l'arrêté du 24-12-2002 relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques Elect SR-SRC, Elect VDR, Elect DR de la société Sorin Biomedica ainsi qu'au renouvellement d'inscription du stimulateur cardiaque Meridian SSI 476 de la société Guidant France au titre III de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2003 (JO du 02-04-2003) modifiant l'arrêté du 08-01-2003 relatif aux diffuseurs portables Surefuser et au substitut osseux Collapat inscrit aux titres I et III de la LPP.
- Arrêté du 17-02-2003 (JO du 14-03-2003) relatif à certains stimulateurs cardiaques inscrits au titre III de la LPP.

Janvier

- Avis du 21-01-2003 (JO du 21-01-2003) de renouvellement d'inscription de stimulateurs cardiaques inscrits au titre III de la LPP.
- Avis du 21-01-2003 (JO du 21-01-2003) de fin de prise en charge de stimulateurs cardiaques inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2003 (JO du 18-01-2003) relatif à l'inscription du coussin Visco'Mouss de la Société Klé Santé au titre I de la LPP.
- Arrêté du 08-01-2003 (JO du 17-01-2003) relatif aux diffuseurs portables Surefuser et au substitut osseux Collapat inscrits aux titres I et III de la LPP.

2002

Décembre

- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 17-01-2003) relatif aux greffons d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 17-01-2003) fixant le prix de vente public TTC des greffons tissulaires d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 28-12-2002) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque Selection de la société Vitatron au titre III de la LPP. **(Attention erreurs de code et de date de changement de prix dans le JO rectifiées dans la base)**
- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 28-12-2002) fixant le prix de vente public TTC du stimulateur cardiaque Selection 9000 de la société Vitatron inscrit au titre III de la LPP. **(Attention erreur de date de changement de prix dans le JO rectifiées dans la base)**
- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 28-12-2002) relatif aux dispositifs médicaux d'origine animale inscrits au titre III de la LPP.

- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 28-12-2002) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques Elect SR-SRC, Elect VDR de la société Sorin Biomedica et du stimulateur cardiaque Meridian SSI 476 de la société Guidant France inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 24-12-2002 (JO du 28-12-2002) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques Elect SR-SRC, Elect VDR, Elect DR de la société Sorin Biomedica ainsi qu'au renouvellement d'inscription du stimulateur cardiaque Meridian SSI 476 de la société Guidant France au titre III de la LPP. **(Attention erreur de code dans le JO rectifiée dans la base)**
- Arrêté du 18-12-2002 (JO du 28-12-2002) relatif à l'inscription de la solution viscoélastique Synvisc de la société Genzyme SAS pour le traitement des gonarthroses au titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-12-2002 (JO du 09-01-2003) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques Identity SR 5172, Identity DR 5370, Identity XL DR 5376 de la société St Jude Médical inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 16-12-2002 (JO du 09-01-2003) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques Identity SR 5172, Identity DR 5370, Identity XL DR 5376 de la société St Jude Médical au titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-12-2002 (JO du 22-12-2002) relatif aux implants endovasculaires dits « stents » coronariens inscrits au titre III de la LPP.

Novembre

- Arrêté du 25-11-2002 (JO du 11-12-2002) relatif aux générateurs d'aérosol, aux diffuseurs portables, aux coussins, matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres, aux chaussures thérapeutiques de série et à certains stimulateurs cardiaques inscrits au titre I, II ou III de la LPP.
- Arrêté du 15-11-2002 (JO du 04-12-2002) relatif aux chambres à cathéter implantables inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 15-11-2002 (JO du 04-12-2002) fixant le prix de vente public TTC des accès vasculaires implantables et des chambres à cathéter implantables inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 13-11-2002 (JO du 04-12-2002) relatif aux orthèses stabilisatrices de cheville inscrites au titre II de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques Dynamis 2-2U et Kerfos 2001-2001U de la société Medico Spa/Tecnopace inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) relatif à l'inscription des stimulateurs cardiaques Dynamis 2-2 U et Kerfos 2001-2001U de la société Medico Spa/Tecnopace au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) fixant le prix de vente public TTC des implants articulaires de cheville incrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) relatif au renouvellement d'inscription des implants articulaires de cheville et à la revalorisation de leur tarif au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) fixant le prix de vente public TTC du neuromodulateur Interstim de la société Medtronic inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-10-2002 (JO du 31-10-2002) relatif à l'inscription du neuromodulateur Interstim de la société Medtronic au titre III de la LPP.
- Arrêté du 01-10-2002 (JO du 10-10-2002) relatif à l'inscription du dispositif de propulsion E Motion de la société Mobitec au titre IV de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 23-09-2002 (JO du 26-09-2002) relatif à l'inscription de la solution viscoélastique Viscornéal Ortho de la société Cornéal pour le traitement des gonarthroses au titre I de la LPP.
- Arrêté du 16-09-2002 (JO du 20-09-2002) fixant le prix de vente public TTC du neurostimulateur Itrel 3 de la société Medtronic inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 16-09-2002 (JO du 20-09-2002) relatif à l'inscription du neurostimulateur Itrel 3 de la société Medtronic au titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2002 (JO du 11-09-2002) fixant les prix de vente publics TTC des gaines, bonnets couvre-moignon, fix-prothèses et maillots inscrits au tirre II de la LPP.
- Arrêté du 06-09-2002 (JO du 11-09-2002) revalorisant les tarifs des gaines, bonnets couvre-moignon, fix-prothèses, maillots inscrits au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 05-09-2002 (JO du 11-09-2002) relatif à l'inscription des solutions viscoélastiques Adant, Arthrum, Ostenil, Supartz, Suplasyn, Synovial et Synvisc des sociétés Fornet, LCA, TRB Chemedica, Smith & Nephew, Chiesi, Genévrier et Boehringer Ingelheim pour le traitement des gonarthroses au titre I de la LPP.

Août

- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) fixant le prix de vente public TTC des chambres à cathéter implantable de la société SIMS France inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) relatif à l'inscription des chambres à cathéter implantable de la société SIMS France au titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) fixant le prix de vente public TTC de l'obturateur centro-médullaire Medulock inscrit au titre IIIde la LPP.

- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) relatif à l'obturateur à ciment centro-médullaire Medulock inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) revalorisant les prix de vente public TTC du chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 08-09-2002) revalorisant les tarifs du chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 29-08-2002) relatif à la radiation de l'obturateur à ciment centro-médullaire à base de collagène bovin de la société Ceraver de la liste des dipositifs médicaux à prix de vente au public réglementés inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 21-08-2002 (JO du 29-08-2002) relatif à la radiation de l'obturateur à ciment centro-médullaire à base de collagène bovin de la société Ceraver du titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2002 (JO du 13-08-2002) relatif à l'inscription du surmatelas à pression alternée Système P-100 de la société Plexus Medical au titre I de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2002 (JO du 13-08-2002) relatif à l'inscription du conduit valvé CAVGJ 514 00 au titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2002 (JO du 13-08-2002) fixant le prix de vente public TTC du conduit valvé CAVGJ 514 00 de la société Saint Jude Médical inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2002 (JO du 13-08-2002) relatif à l'inscription de l'implant sphinctérien anal Acticon de la société AMS France au titre III de la LPP.
- Arrêté du 02-08-2002 (JO du 13-08-2002) fixant le prix de vente public TTC de l'implant sphinctérien anal Acticon de la société AMS France inscrit au titre III de la LPP.

Juillet

- Arrêté du 31-07-2002 (JO du 11-09-2002) fixant le prix de vente public TTC du substitut osseux Healos de la société Orquest inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 31-07-2002 (JO du 10-08-2002) relatif à l'inscription du substitut osseux Healos de la société Orquest inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-07-2002 (JO du 20-07-2002) relatif au diffuseur portable Accufuser inscrit au titre I de la LPP.
- Arrêté du 10-07-2002 (JO du 30-07-2002) modifiant les titre I, II et III de la LPP.
- Arrêté du 10-07-2002 (JO du 19-07-2002) modifiant les prix de vente TTC de certains produits inscrits aux titre II et III de la LPP.
- Arrêté du 10-07-2002 (JO du 01-08-2002) relatif à l'inscription des chambre à cathéter implantable Polysite de la société Pérouse au titre III de la LPP
- Arrêté du 10-07-2002 (JO du 19-07-2002) fixant le prix de vente public public TTC des chambres à cathéter implantable « Polysite » de la société Pérouse inscrites au titre III de la LPP.

Juin

- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 30-06-2002) fixant le prix de vente public TTC des protecteurs de hanche HIPS de la société Médiris et KPH de la société HRA Pharma inscrits au titre I de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 30-06-2002) relatif à l'inscription des protecteurs de hanche HIPS de la société Médiris et KPH de la société HRA Pharma au titre I de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 26-06-2002) relatif aux prix limites de vente des prothèses respiratoires pour trachéostomie inscrites au chapitre 4 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 26-06-2002) relatif à l'inscription des prothèses respiratoires et phonatoires à usage unique pour laryngectomisés totaux porteurs d'implant phonatoire au titre II de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 26-06-2002) fixant le prix de vente public TTC du substitut osseux Eurocer de la société Fournitures hospitalières inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 23-06-2002) relatif aux diffuseurs portables Outbound et aux chambres à cathéter implantable Z Port de la société Net Med Biomedica inscrits au titre I et III de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 22-06-2002) fixant le prix de vente public TTC des substituts osseux TCH de la société Kasios et Biosel de la société DePuy CMW inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 18-06-2002 (JO du 22-06-2002) relatif aux substituts osseux TCH de la société Kasios et Biosel de la société DePuy CMW au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC des chambres à cathéter implantable Z Port de la société Net Med Biomedica inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC de l'implant méniscal Fast Fix de la société Smith and Nephew inscrit au Titre III de la LPP
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif à l'inscription d'un dispositif de réparation méniscale Fast Fix de la société Smith and Nephew au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC de l'implant méniscal Meniscus Arrow de la société Biotech International inscrit au titre III de la LPP.

- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif à l'inscription d'un dispositif de réparation méniscale Meniscus Arrow de la société Biotech International au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC de certains implants de suture et de ligature internes du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif aux tarifs des implants de suture et de ligature internes du titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC des chambres à cathéter implantable Optilock de la société Le Maître Vascular inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif aux chambres à cathéter implantable de la société Vascutech inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) fixant le prix de vente public TTC du stimulateur cardiaque Elect D de la société Sorin Biomedica inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif à l'inscription du stimulateur cardiaque Elect D de la société Sorin Biomedica au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif au renouvellement d'inscription de l'implant sphinctérien AMS 800 de la société AMS France au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 15-06-2002) fixant le prix de vente public TTC du sphincter urinaire AMS 800 de la société AMS France inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 16-06-2002) relatif au renouvellement d'inscription des chambres à cathéter implantable de la société B Braun Medical au titre III de la LPP.
- Arrêté du 12-06-2002 (JO du 15-06-2002) fixant le prix de vente public TTC des chambres à cathéter implantable Celsite de la société B Braun Médical inscrites au titre III de la LPP.
- Arrêté du 05-06-2002 (JO du 15-06-2002) relatif au renouvellement d'inscription des dispositifs intra-utérins UT 380 de la société 7 Med et Gynelle 375 de la société Prodimed au titre I de la LPP.
- Arrêté du 05-06-2002 (JO du 15-06-2002) relatif aux réparations des prothèses et orthèses du membre inférieur inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 05-06-2002 (JO du 15-06-2002) relatif à la radiation de greffons cornéens et de greffons osseux d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.

Avril

- Arrêté du 25-04-2002 (JO du 03-05-2002) relatif à l'inscription du dispositif intra-utérin TT 380 de la société 7 Med au titre I de la LPP.
- Arrêté du 25-04-2002 (JO du 03-05-2002) relatif au substitut osseux de la société Fournitures hospitalières au titre III de la LPP.
- Arrêté du 23-04-2002 (JO du 05-05-2002) renouvelant l'inscription du pansement Algostéril des laboratoires Brothier au titre I de la LPP.
- Arrêté du 23-04-2002 (JO du 04-05-2002) relatif aux appareils électroniques de surdité inscrits au chapitre 3 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 15-04-2002 (JO du 30-04-2002) relatif au renouvellement d'inscription des orthèses stabilisatrices de cheville Aircast et Malléoloc et à l'inscription de l'orthèse stabilisatrice Premio au titre II de la LPP.
- Arrêté du 04-04-2002 (JO du 03-05-2002) relatif aux stylos injecteurs inscrits au titre I de la LPP.

Mars

- Arrêté du 21-03-2002 (JO du 31-03-2002) relatif à la nomenclature et aux tarifs du titre IV de la LPP.
- Arrêté du 20-03-2002 (JO du 27-03-2002) fixant le prix de vente public TTC des stimulateurs cardiaques Miniswing 200, DR1 et DR1E de la société Sorin Biomedica inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 20-03-2002 (JO du 27-03-2002) relatif au renouvellement d'inscription des stimulateurs cardiaques Miniswing 200 et Miniswing DR1 et DR1E de la société Sorin Biomedica au titre III de la LPP.
- Arrêté du 11-03-2002 (JO du 16-03-2002) fixant le prix de vente public TTC de la chambre à cathéter implantable in Port de la société FB Médical inscite au titre III de la LPP.
- Arrêté du 11-03-2002 (JO du 16-03-2002) relatif à l'inscription de la chambre à cathéter implantable In Port de la société FB Médical au titre III de la LPP.

Février

- Arrêté du 06-02-2002 (JO du 15-02-2002) fixant le prix de vente public TTC du substitut osseux Alaska de la société Coating Industries inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 06-02-2002 (JO du 15-02-2002) relatif à l'inscription du substitut osseux Alaska de la société Coating Industries au titre III de la LPP.

Janvier

- Arrêté du 30-01-2002 (JO du 17-02-2002) fixant le prix de vente public TTC de l'implant méniscal J Fast de la société Mitek inscrit au titre III de la LPP.
- Arrêté du 30-01-2002 (JO du 17-02-2002) inscrivant deux dispositifs de réparation méniscale de la société Mitek au titre III de la LPP.
- Arrêté du 10-01-2002 (JO du 26-01-2002) modifiant les titres II, III et IV de la LPP.
- Arrêté du 07-01-2002 (JO du 25-01-2002) relatif aux appareils de lecture automatique chiffrée de la glycémie inscrits au titre I de la LPP.

2001

Décembre

- Arrêté du 31-12-2001 (JO du 11-01-2002) modifiant les titres I, II, III et IV de la LPPR.
- Arrêté du 28-12-2001 (JO du 13-01-2002) inscrivant un fauteuil roulant à propulsion manuelle de la société Sunrise Médical au titre IV de la LPP.
- Arrêté du 28-12-2001 (JO du 12-01-2002) relatif à un implant cristallinien inscrit au titre III de la LPPR.
- Arrêté du 26-12-2001 (JO du 09-01-2002) relatif à la revalorisation des tarifs des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 26-12-2001 (JO du 09-01-2002) fixant le prix de vent public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 20-12-2001 (JO du 30-12-2001) relatif à la revalorisation du tarif des greffons veineux de veine saphène d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.
- Arrêté du 20-12-2001 (JO du 30-12-2001) fixant le prix de vente public TTC des greffons veineux de veine saphène d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.

Octobre

- Arrêté du 09-10-2001 (JO du 18-10-2001) relatif aux dispositifs intra-utérins actifs ou stérilets inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.
- Arrêté du 09-10-2001 (JO du 18-10-2001) fixant le prix de vente public TTC des dispositifs intra-utérins actifs ou stérilets inscrits au chapitre 1 du titre I de la LPP.

Septembre

- Arrêté du 28-09-2001 (JO du 07-11-2001) fixant le prix de vente public TTC des orthoprothèses inscrites au chapitre 7 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 28-09-2001 (JO du 07-11-2001) fixant le prix de vente public TTC des dispositifs médicaux implantables et des greffons tissulaires d'origine humaine inscrits au titre III de la LPP.

Liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale

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

Généralités

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) 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.

2) Caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les articles ci-dessous

(se reporter aux trois chapitres présentés ci après)

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.

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 L. 165-1 du code susvisé et doit être inscrit en tant que tel sur la liste des produits et prestations remboursables prévue par ce même article.
* 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 (art. 4 de l'arrêté du 31-08-1989, JO du 24-09-1989).
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 dans les délais prévus à l'article 3 de l'arrêté du 31-08-1989 (JO du 24-09-1989) 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, conformément aux articles ler et 2 de l'arrêté du 31-08-1989 (JO du 24-09-1989).

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

Spécifications techniques

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.

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 externes, portables et programmables :

Sont exclues des descriptions génériques des pompes à insuline externes (codes 1131170, 1146183, 1120663) les pompes à insuline externes non réutilisables sans tubulure extérieure dites « pompes patchs ».

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 peut être programmable ; le bolus étant délivré 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 5 UI/heure et un bolus allant a minima de 0,1 à 25 UI ;
- incréments : chez l'adulte, l'incrément du débit de base doit être au maximum ≤ 0,1 UI/heure et le bolus minimal ≤ 0,1 UI. 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 4 ans.

Les modalités de nettoyage, désinfection 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 :

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/bouchons le cas échéant, piles recommandées par le fabricant ainsi que tout autre consommable permettant la fixation de la pompe à la peau.
- sont définis comme accessoires les dispositifs suivants (les besoins annuels sont précisés entre parenthèses) :

harnais pour les enfants (2/an), pochette ou étui de protection standard (2/an), clips pour ceinture (2/an), dispositif d'insertion automatique du cathéter (le cas échéant maximum 5/an). Une télécommande est délivrée en option si elle fait partie du kit d'installation de la pompe.

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.

Section 4.

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

Caractéristiques techniques de Franceélectrostimulateur :
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.

Section 5.

Sans objet.

Section 6.

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.

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.

Nomenclature et tarifs

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

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

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 :

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	22 G 80 LC+	Pari	38 G 00	**01-10-2004**
Medel Elettromedicali	AV. 16	Medel Elettromedicali	Vivisonic	**01-10-2004**
Int'Air Médical	Nebu 200 (RN 200 S)	Int'Air Médical	CS 24	**01-10-2004**
Int'Air Médical	RN 300 (RN 300 S)	Int'Air Médical	CS 23	**01-10-2004**
Int'Air Médical	CR 01	Int'Air Médical	CS 20	**01-10-2004**
Int'Air Médical	CRE 01	Int'Air Médical	CS 23	**01-10-2004**
Rhône Poulenc Santé	5002F	Rhône Poulenc Santé	Fisoneb	**01-10-2004**
Pierre Médical	RN 300	Pierre Médical	ARP 1+	**01-10-2004**
Pierre Médical	Universal II	Pierre Médical	Universal II	**01-10-2004**
Pierre Médical	ARP 7 RM	Pierre Médical	ARP 7 RM	**01-10-2004**
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Econoneb	**01-10-2004**
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Turboneb	**01-10-2004**
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO	**01-10-2004**
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	World Traveller	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Econoneb	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Turboneb	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	World Traveller	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	M FLO	**01-10-2004**
Lifecare	Microneb III	Lifecare	Opti-Neb	**01-10-2004**
Devilbis	HU 1885	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F	**01-10-2004**
Devilbis	HU 1734	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F	**01-10-2004**
Devilbis	4650 D 620 (micromist Hudson)	Devilbis	Sunmist + 4750 F	**01-10-2004**
Intersurgical	Cirrus	Devilbis	Sunmist + 4750 F	**01-10-2004**
Devilbis	Pulmoneb 5650 D	Devilbis	Sunmist + 4750 F	**01-10-2004**
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 100	**01-10-2004**
Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 100	**01-10-2004**
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 10 LS	**01-10-2004**

Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 10 LS	**01-10-2004**
Syst'AM	2301	Syst'AM	SC-SC Basic	**01-10-2004**
Syst'AM	2901	Syst'AM	SC-SC Basic	**01-10-2004**
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST	**01-10-2004**
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 230 – LS 260 – LS 290	**01-10-2004**
Syst'AM	2601	Syst'AM	LS 260	**01-10-2004**
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 290	**01-10-2004**
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST 23, ST 24, ST 26	**01-10-2004**
Syst'AM	CPSV	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26	**01-10-2004**
Syst'AM	CPS 23	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26	**01-10-2004**
Syst'AM	CPS 24	Syst'AM	ST 24	**01-10-2004**
Syst'AM	CPS 26	Syst'AM	ST 26	**01-10-2004**
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 240	**01-10-2004**
Syst'AM	2401	Syst'AM	LS 240	**01-10-2004**
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 240	**01-10-2004**
Atomisor	MS 1	Atomisor	Manosonique AMSA	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9	Atomisor	Vanity AL	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9	Atomisor	Box ABOX	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11	Atomisor	Vanity AL	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11	Atomisor	Box ABOX	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9 M	Atomisor	Vanity AL	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11 D	Atomisor	Aérodoseur AD	**01-10-2004**
Atomisor	NLS 2	Atomisor	Synchrone ASYN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Vamty ALORL	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Box AOBOX	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Box AOBOX	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Vanity AL	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Box ABOX	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Box AOBOX	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	DJINN ADJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9	Atomisor	DJINN ADJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9M	Atomisor	DJINN ADJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11	Atomisor	DJINN ADJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	**01-10-2004**
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	**01-10-2004**
Karapharm	Nébuliseur, type 2	Karapharm	Record Progress	**01-10-2004**
Kendall	Respijet 17200	Kendall	Respijet 17000	**01-10-2004**
Kendall	Respijet Junior 17305	Kendall	Respijet 17000	**01-10-2004**
Kendall	Aérodyne Omega	Kendall	Aérodyne Omega	**01-10-2004**
Kendall	18601	Kendall	18601	**01-10-2004**
Intersurgical	Cirrus	FSA Médical	FMS 1	**01-10-2004**
Intersurgical	Micro Cirrus	System' S	FMS 1	**01-10-2004**
Orkyn'	Type 3	Orkyn'	Nebair	**01-10-2004**
Medic Aid	Sidestream	Medic Aid	Portaneb 50	**01-10-2004**
Medic Aid	Venstream	Medic Aid	Portaneb 50	**01-10-2004**

Medic Aid	Sidestream	Fiopharma	Med 2000	**01-10-2004**
Artsana	Sidestream	Artsana	Mirajet	**01-10-2004**
Artsana	Sidestream	Artsana	Maxaer	**01-10-2004**
Invacare Corporation	Sidestream	Invacare Corporation	Envoy	**01-10-2004**
Omron	Omron CX 2	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2	**01-10-2004**
Lifecare	Micro-Neb III	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2	**01-10-2004**
Omron	Omron CX	Omron	Omron CX NE-C 08-EN	**01-10-2004**
Medicalia	Professional	Medicalia	Silencio	**01-10-2004**
Medicalia	Professional	Medicalia	Professional	**01-10-2004**
Medicalia	Ultramed	Medicalia	Ultramed	**01-10-2004**

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, 101C05.11, 101C05.121, 101C05.122, 101C05.13, 101C05.14

pour le couple suivant :

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR		Date De fin de prise en charge
Marque	Référence	Marque	Référence	
La Diffusion Technique Française	ATOMISOR NL9M	La Diffusion Technique Française	ATOMISOR DJINN	**01-10-2021**

Arrêté du 21-11-2003 (JO du 04-12-2003), arrêté du 10-09-2004 (JO du 30-09-2004)

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	**01-12-2008**
Pari	LCD	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LC SPRINT	Pari	Turbo BOY 85G00	**01-10-2011**
Pari	LC SPRINT Junior	Pari	Turbo BOY 85G00	**01-10-2011**

Arrêté du 09-03-2007 (JO du 23-03-2007), arrêté du 09-07-2007 (JO du 17-07-2007), arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009), arrêté du 10-12-2010 (JO du 16-12-2010), arrêté du 19-07-2011 (JO du 22-07-2011), arrêté du 13-01-2015 (JO du 19-05-2015)

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	**01-03-2012**
PARI	LC SPRINT	PARI	PARI BOY MOBILE S	**01-03-2017**
PARI	LC SPRINT	PARI	PARI MINI	**15-04-2020**
Invacare	MEDELJET PRO	Invacare	STRATOS PRO	**15-01-2014**
Invacare	SIDESTREAM	Invacare	STRATOS PRO	**15-01-2015**
Philips France Commercial (PHILIPS)	SIDESTREAM	Philips France Commercial (PHILIPS)	INSPIRATION ELITE	**31-07-2016**
Philips France Commercial (PHILIPS)	SIDESTREAM	Philips France Commercial (PHILIPS)	INNOSPIRE ELEGANCE	**15-08-2019**
Philips France Commercial (PHILIPS)	SIDESTREAM	Philips France Commercial (PHILIPS)	SAMI THE SEAL	**15-08-2019**
Philips France Commercial (PHILIPS)	SIDESTREAM	Philips France Commercial (PHILIPS)	INNOSPIRE DELUXE	**31-05-2020**
PARI GMBH	LC SPRINT STAR 23G1250	PARI GMBH	PARI BOY SX 085	**01-09-2016**
PARI GMBH	LC SPRINT BABY 23G1401, 23G1402	PARI GMBH	PARI BOY SX 085	**01-09-2016**

Générateurs d'aérosol pneumatiques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	Référence	Date de fin de prise en charge
Respironics	RinoFlow	**01-10-2004**
Medic-Aid Ltd	Halolite	**01-10-2004**
MPVTRUMA	Master Jet Vernebler	**01-10-2004**
MPVTRUMA	Calimero Vernebler	**01-10-2004**
MED 2000	P-2 (Dail Neb)	**01-03-2006**

Générateurs d'aérosol ultrasoniques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	Référence	Date de fin de prise en charge
Int'Air Médical	NU 52	**01-10-2004**
Int'Air Médical	NU 52 S	**01-10-2004**
Int'Air Médical	NU 50	**01-10-2004**
Int'Air Médical	NU 53	**01-10-2004**
Drive DeVilbiss Healthcare	NEB 99	**01-10-2004**
Drive DeVilbiss Healthcare	Pulmosonic 5500 F	**01-10-2004**
La Diffusion Technique Française	Atomisor mégahertz AMGH	**01-10-2004**

Orkyn’	Nebus	**01-10-2004**
Artsana	Projet	**01-10-2004**
MED 2000 SrI	Fiosonic	**01-10-2004**
Shinmed	Ultrasonic Nebulizert SW-966 (230V)	**01-10-2004**
Schill	Multisonic pro	**01-10-2004**
Schill	Multisonic home	**01-10-2004**
Schill	Multisonic compact	**01-10-2004**
MPVTRUMA	SonoDrop	**01-10-2004**
MED 2000	U 1 (Leonardo)	**01-10-2004**
MED 2000	U 4 (Raffaello)	**01-10-2004**

Appareils générateurs d’aérosols pour le traitement des affections respiratoires

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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	**9,30**	**31-07-2017**
	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 :		**31-07-2017**
101C03.121	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu’à la 65ème semaine	**4,57**	**31-07-2017**
101C03.122	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine .	**2,74**	**31-07-2017**
101C03.13	- Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)	**12,93**	**31-07-2017**
101C03.14	- Renouvellement du masque .	**2,62**	**31-07-2017**

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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 :		

l01C03.211	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**15,24**	**31-07-2017**
101C03.212	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**9,45**	**31-07-2017**
	Avec réchauffeur		**31-07-2017**
101C03.221	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**18,29**	**31-07-2017**
101C03.222	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**11,28**	**31-07-2017**
101C03.23	- Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)	**12,93**	**31-07-2017**
101C03.24	- Renouvellement du masque	**2,62**	**31-07-2017**
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)	**14,03**	**31-07-2017**

Société PARI PulmoMed SARL (PARI)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1162590	Location hebdomadaire, générateur, jusqu'à 65e semaine PARI, VELOX. DESCRIPTION Le dispositif VELOX est composé des éléments suivants : - un générateur ; - un nébuliseur avec tamis et embout buccal ; - un bloc transformateur muni d'un cordon avec fiche électrique pour l'alimentation secteur ; - un dispositif de nettoyage du tamis VELOX Care ; - une pochette à bandoulière pour le transport. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché ; - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. Les antibiotiques, les agents vasodilatateurs et les mucolytiques ne sont pas destinés à être utilisés avec VELOX. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION VELOX est compatible avec l'ensemble des bronchodilalateurs, antiinflammatoires et sérums salés. Toutefois, VELOX n'ayant pas fait l'objet de validation pour la nébulisation d'antibiotiques, d'agents vasodilatateurs et de mucolytiques, ces produits ne peuvent être nébulisés au moyen de VELOX. VELOX ne peut être utilisé que pour des prescriptions de 6 mois ou plus.	**4,57**	**4,57**	**01-04-2022**
1158973	Location hebdomadaire, générateur, au-delà de la 65e semaine PARI, VELOX. DESCRIPTION Le dispositif VELOX est composé des éléments suivants : - un générateur ; - un nébuliseur avec tamis et embout buccal ; - un bloc transformateur muni d'un cordon avec fiche électrique pour l'alimentation secteur ; - un dispositif de nettoyage du tamis VELOX Care ;	**2,74**	**2,74**	**01-04-2022**

	- une pochette à bandoulière pour le transport. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché ; - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. Les antibiotiques, les agents vasodilatateurs et les mucolytiques ne sont pas destinés à être utilisés avec VELOX. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION VELOX est compatible avec l'ensemble des bronchodilalateurs, antiinflammatoires et sérums salés. Toutefois, VELOX n'ayant pas fait l'objet de validation pour la nébulisation d'antibiotiques, d'agents vasodilatateurs et de mucolytiques, ces produits ne peuvent être nébulisés au moyen de VELOX. VELOX ne peut être utilisé que pour des prescriptions de 6 mois ou plus.			
1163939	Achat semestriel, nébuliseur, PARI, VELOX. DESCRIPTION Le dispositif VELOX est composé des éléments suivants : - un générateur ; - un nébuliseur avec tamis et embout buccal ; - un bloc transformateur muni d'un cordon avec fiche électrique pour l'alimentation secteur ; - un dispositif de nettoyage du tamis VELOX Care ; - une pochette à bandoulière pour le transport. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché ; - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. Les antibiotiques, les agents vasodilatateurs et les mucolytiques ne sont pas destinés à être utilisés avec VELOX. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION VELOX est compatible avec l'ensemble des bronchodilalateurs, antiinflammatoires et sérums salés. Toutefois, VELOX n'ayant pas fait l'objet de validation pour la nébulisation d'antibiotiques, d'agents vasodilatateurs et de mucolytiques, ces produits ne peuvent être nébulisés au moyen de VELOX. VELOX ne peut être utilisé que pour des prescriptions de 6 mois ou plus.	**77,58**	**77,58**	**01-04-2022**

Société PHILIPS France COMMERCIAL (PHILIPS)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1184491	Location hebdomadaire, générateur, jusqu'à 65e semaine PHILIPS, INNOSPIRE GO. DESCRIPTION Le dispositif INNOSPIRE GO est composé des éléments suivants : - un générateur, - un nébuliseur avec tamis et embout buccal, - une malette de transport, - une batterie, - un adaptateur de masque et un masque Life Touch Medium (1-5 ans), - un manuel d'utilisation et un cordon d'utilisation. Des masque Life Touch Small (0-18 mois) et Large (adultes) sont disponibles en option. INDICATION PRISE EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La mise à disposition des masques Life Touch Small et Large est prise en charge sur la LPPR, sans reste à charge pour le patient.	**4,57**	**4,57**	**30-04-2025**
1197861	Location hebdo., générateur, au-delà de la 65ème sem. PHILIPS, INNOSPIRE GO. DESCRIPTION Le dispositif INNOSPIRE GO est composé des éléments suivants : - un générateur, - un nébuliseur avec tamis et embout buccal, - une malette de transport, - une batterie, - un adaptateur de masque et un masque Life Touch Medium (1-5 ans), - un manuel d'utilisation et un cordon d'utilisation. Des masque Life Touch Small (0-18 mois) et Large (adultes) sont disponibles en option. INDICATION PRISE EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La mise à disposition des masques Life Touch Small et Large est prise en charge sur la LPPR, sans reste à charge pour le patient.	**2,74**	**2,74**	**30-04-2025**
1120108	Achat semestriel, nébuliseur, PHILIPS, INNOSPIRE GO. DESCRIPTION Le dispositif INNOSPIRE GO est composé des éléments suivants : - un générateur, - un nébuliseur avec tamis et embout buccal, - une malette de transport, - une batterie,	**77,58**	**77,58**	**30-04-2025**

	- un adaptateur de masque et un masque Life Touch Medium (1-5 ans), - un manuel d'utilisation et un cordon d'utilisation. Des masque Life Touch Small (0-18 mois) et Large (adultes) sont disponibles en option. INDICATION PRISE EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires (hors mucoviscidose) : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou, pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestation mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La mise à disposition des masques Life Touch Small et Large est prise en charge sur la LPPR, sans reste à charge pour le patient.			

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

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	Il s'agit d'appareils pneumatiques.		
101C05.11	- Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines	**9,30**	**31-07-2017**
	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 :		**31-07-2017**
101C05.121	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**4,57**	**31-07-2017**
101C05.122	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**2,74**	**31-07-2017**
101C05.13	- Achat du nébuliseur et du masque	**12,93**	**31-07-2017**
101C05.14	- Renouvellement du masque	**2,62**	**31-07-2017**

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

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
101C05.21	- Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines	**19,82**	**31-07-2017**
	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 :		**31-07-2017**
101C05.221	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**9,76**	**31-07-2017**
101C05.222	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**5,79**	**31-07-2017**
			31-07-2017

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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	**19,82**	**31-07-2017**
101C05.312	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**12,20**	**31-07-2017**
	Avec réchauffeur		**31-07-2017**
101C05.321	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**21,34**	**31-07-2017**
101C05.322	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**13,11**	**31-07-2017**
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)	**14,03**	**31-07-2017**
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	**17,68**	**31-07-2017**
	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 euros)	Date de fin de prise en charge
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.	**8,66**	**15-02-2016**
101C05.39	Achat semestriel, membrane et nébuliseur, eFLOW RAPID, Pari.	**85,00**	**15-02-2016**

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 euros)	Date de fin de prise en charge
101C05.36	Location hebdomadaire, générateur Atomisor Pocket, DTF.	**8,66**	**15-08-2017**

101C05.37	Achat annuel, membrane et nébuliseur, Atomisor Pocket, DTF.	**170,00**	**15-08-2017**

Société MICROLIFE France (MICROLIFE)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1148667	Location hebdomadaire, générateur, courte durée, MICROLIFE, NEB 200 Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines. DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 200 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 200 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 200 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 200 (référence p957200-5).	**9,30**	**9,30**	**15-09-2024**
1109130	Location hebdomadaire, générateur, courte durée, MICROLIFE, NEB 400 Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines. DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 400 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 400 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits	**9,30**	**9,30**	**15-09-2024**

	et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 400 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 400 (référence p957400-5)			
1178823	Location hebdomadaire, générateur, jusqu'à 65e semaine, MICROLIFE, NEB 200 DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 200 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 200 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 200 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 200 (référence p957200-5).	**4,57**	**4,57**	**15-09-2024**
1149566	Location hebdomadaire, générateur, jusqu'à 65ème semaine, MICROLIFE, NEB 400 DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 400 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 400 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 400 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 400 (référence p957400-5)	**4,57**	**4,57**	**15-09-2024**
1197625	Location hebdomadaire, générateur, au-delà de 65ème semaine, MICROLIFE, NEB 200 DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 200 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 200 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par	**2,74**	**2,74**	**15-09-2024**

	l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 200 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 200 (référence p957200-5).			
1111954	Location hebdomadaire, générateur, au-delà de 65ème semaine, MICROLIFE, NEB 400 DESCRIPTION Le conditionnement du compresseur NEB 400 est unitaire et contient : - un compresseur NEB 400 - un câble d'alimentation, - un compartiment filtre à air, - une notice d'utilisation, - une sacoche de rangement. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE NEB 400 système de nébulisation pour aérosolthérapie : compresseur NEB 400 (référence p957400-5)	**2,74**	**2,74**	**15-09-2024**
1178869	Achat, nébuliseur et masque, MICROLIFE, NEB KIT. Achat du nébuliseur NEB KIT et du masque (pour les aérosols pneumatiques). REFERENCES PRISES EN CHARGE Nébuliseur NEB KIT (Airjet GC1001) (référence S995002-0)	**12,93**	**12,93**	**15-09-2024**
1107148	Renouvellement, masque, MICROLIFE, NEB KIT. Renouvellement du masque NEB KIT REFERENCES PRISES EN CHARGE Nébuliseur NEB KIT (Airjet GC1001) (référence S995002-0)	**2,62**	**2,62**	**15-09-2024**

Société DTF MEDICAL - La Diffusion Technique Française (DTF)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1102866	Location hebdomadaire, compresseur, courte durée, DTF, AEROLIGHT Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines. DESCRIPTION Le compresseur AEROLIGHT est composé : - d'une pompe qui produit l'air comprimé,	**9,30**	**9,30**	**31-01-2025**

	- d'un interrupteur, - d'un cordon électrique reliant le compresseur au secteur. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCE PRISE EN CHARGE AEROLIGHT (référence ALIGHT)			
1122194	Location hebdomadaire, compresseur, jusqu'à 65e semaine, DTF, AEROLIGHT DESCRIPTION Le compresseur AEROLIGHT est composé : - d'une pompe qui produit l'air comprimé, - d'un interrupteur, - d'un cordon électrique reliant le compresseur au secteur. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCE PRISE EN CHARGE AEROLIGHT (référence ALIGHT)	**4,57**	**4,57**	**31-01-2025**
1178579	Location hebdomadaire, compresseur, au-delà de 65e semaine, DTF, AEROLIGHT DESCRIPTION Le compresseur AEROLIGHT est composé : - d'une pompe qui produit l'air comprimé, - d'un interrupteur, - d'un cordon électrique reliant le compresseur au secteur. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCE PRISE EN CHARGE AEROLIGHT (référence ALIGHT)	**2,74**	**2,74**	**31-01-2025**
1173493	Achat, nébuliseur et masque, DTF, EXTRANEB+ Achat du nébuliseur EXTRANEB+ et de l'embout buccal ou du masque bucco-nasal adulte ou pédiatrique. DESCRIPTION Le nébuliseur EXTRANEB+ est composé : - d'une cuve-réservoir, destinée à recevoir le médicament à nébuliser, - d'une chambre de réception de l'aérosol produit (corps du nébuliseur), - d'un tuyau de raccordement au compresseur, qui assure l'acheminement de l'air comprimé,	**12,93**	**12,93**	**31-01-2025**

	- d'un embout adapté à une catégorie de patient. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose : - pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, - ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. REFERENCES PRISES EN CHARGE - référence NL9MXB : Nébuliseur + embout buccal, - référence NL9MXR : Nébuliseur + masque bucco-nasal adulte, - référence NL9MXP : Nébuliseur + masque bucco-nasal pédiatrique			

Société PARI GmbH (PARI)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1134702	Location hebdo, compresseur, courte durée, PARI, PARI BOY PRO FRANCE Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines. **DESCRIPTION** Le compresseur PARI BOY PRO FRANCE est composé: – d'un boitier (contenant le compresseur qui produit l'air comprimé) avec poignée, support pour nébuliseur, et un interrupteur marche/arrêt, – d'un cordon d'alimentation électrique reliant le boitier au secteur. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose: – pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, – ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** – PARI BOY PRO France (référence 130G1003)	**9,30**	**9,30**	**01-12-2025**
1189620	Location hebdo, compresseur, jusqu'à 65e semaine, PARI, PARI BOY PRO France **DESCRIPTION** Le compresseur PARI BOY PRO FRANCE est composé: – d'un boitier (contenant le compresseuri produit l'air comprimé) avec poignée, support pour nébuliseur, et un interrupteur marche/arrêt, – d'un cordon d'alimentation électrique reliant le boitier au secteur. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose: – pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par	**4,57**	**4,57**	**01-12-2025**

	l'autorisation de mise sur le marché, – ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** – PARI BOY PRO France (référence 130G1003)			
1183801	Location hebdo, compresseur, au-delà de 65e semaine, PARI, PARI BOY PRO FRANCE **DESCRIPTION** Le compresseur PARI BOY PRO FRANCE est composé: – d'un boitier (contenant le compresseur qui produit l'air comprimé) avec poignée, support pour nébuliseur, et un interrupteur marche/arrêt, – d'un cordon d'alimentation électrique reliant le boitier au secteur. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose: – pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, – ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** – PARI BOY PRO France (référence 130G1003)	**2,74**	**2,74**	**01-12-2025**
1172306	Achat, nébuliseur et masque, PARI, PARI LC SPRINT SP **DESCRIPTION** Le nébuliseur PARI LC SPRINT SP est composé: – d'un nébuliseur assemblé (avec un insert pour gicleur de couleur transparente) – d'une tubulure de raccordement au compresseur, – d'une interface qui diffère selon la référence: un masque adulte, ou un masque enfant, ou un embout buccal. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose: – pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, – ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** – 23G6110 (avec embout buccal) – 23G6120 (avec masque enfant) – 23G6130 (avec masque adulte)	**12,93**	**12,93**	**01-12-2025**
1144652	Achat, nébuliseur et masque, PARI, PARI LC SPRINT SP BABY **DESCRIPTION** Le nébuliseur PARI LC SPRINT SP BABY est composé: – d'un nébuliseur assemblé (avec un insert pour gicleur de couleur rouge), – d'une tubulure de raccordement au compresseur, – d'un masque PARI BABY spécifique pour les bébés et les jeunes enfants, – d'un coude PARI BABY pour adapter le masque sur le nébuliseur. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Aérosolthérapie par nébulisation dans le traitement des affections respiratoires et de la mucoviscidose: – pour l'administration de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et, le cas échéant, selon les conditions de prescription du médicament définies par l'autorisation de mise sur le marché, – ou pour l'administration de dispositifs médicaux destinés à la nébulisation inscrits sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, selon les conditions de prescription définies pour le dispositif médical. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** – PARI LC SPRINT SP BABY (référence 23G6150)	**12,93**	**12,93**	**01-12-2025**

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

Code	Nomenclature	Tarif en	Date de fin de prise

		euros	en charge
	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	**19,67**	**31-07-2017**
101C14.12	- Achat du consommable (tubulures, nébuliseur, embout narinaire), fourni lors de la livraison de l'appareil ; Il n'est pas renouvelable	**16,77**	**31-07-2017**

Solvant pour solution pour inhalation par nébulisateur

Société Laboratoire Zambon France (ZAMBON)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	PLV(en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1147805	Solution saline isotonique stérile, unidoses 3mL, B/30, ZAMBON, TADIMDILUANT. Solution stérile de chlorure de sodium isotonique 0,9% conditionnée en boîte de 30 unidoses de 3ml, le contenant étant constitué de polyéthylène basse densité. INDICATION Solvant du médicament TADIM, 1 million d'unités internationales (UI) poudre pour solution pour inhalation par nébuliseur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le TADIMDILUANT 3ml doit être utilisé pour préparer une solution de TADIM 1 MUI pour inhalation avec un système de nébulisation avec compresseur ou tamis vibrant tel que ceux mentionnés dans la RCP du TADIM. La prise en charge doit être assurée dans la limite de la durée du traitement du TADIM. Le TADIM poudre pour solution pour inhalation par nébuliseur doit être dissout avec le TADIMDILUANT avant son usage dans un nébuliseur approprié à la délivrance de l'antibiotique. Le volume de solvant à ajouter au flacon de TADIM est indiqué dans le mode d'emploi du nébuliseur. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE ACL 3401060025311	**3,33**	**3,33**	**15-01-2024**

Société TEVA SANTE (TEVA)

Code	Nomenclature	Prix de cession en €	Tarif (en euros TTC)	PLV(en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1104960	Solution saline hypertonique stérile, unidoses 4ml, TEVA, NEBUSAL B/60 DESCRIPTION NEBUSAL est une solution stérile de chlorure de sodium hypertonique à 7 % pour nébulisation. INDICATION PRISE EN CHARGE Traitement symptomatique par nébulisation de l'encombrement bronchique chez les	**18,00**	**27,00**	**27,00**	**01-01-2026**

	patients à partir de 6 ans atteints de 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 de Centre de Ressources et Compétence de la Mucoviscidose (CRCM) (le traitement par NEBUSAL 7 % doit faire l'objet d'une réévaluation clinique et fonctionnelle à 3 et 6-12 mois avant poursuite); – La première séance de nébulisation avec NEBUSAL doit être réalisée à l'hôpital pour évaluer la tolérance; – Chaque séance doit être systématiquement précédée de l'administration d'un broncho-dilatateur (β2-mimétique). RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Ref: 58499 Boîte de 60 unidoses de 4ml				

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.

Paragraphe 1 : Oxygénothérapie

On différencie l'oxygénothérapie selon qu'elle concerne des patients qui sont ou non en situation d'hypoxémie.
Dans le premier cas, en présence d'hypoxémie, on différencie l'oxygénothérapie à long terme (durée de prescription supérieure ou égale à 3 mois) pour les patients insuffisants respiratoires chroniques en état clinique stable (cf. point I ci-dessous), de l'oxygénothérapie à court terme (durée de prescription(s) cumulée inférieure à 3 mois) pour les patients présentant une insuffisance respiratoire transitoire en état clinique instable (cf. II).
Dans le second cas, en l'absence d'hypoxémie, l'oxygénothérapie permet la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie (cf. III).

I – Oxygénothérapie à long terme

L'oxygénothérapie à long terme recouvre deux modes d'administration de l'oxygène (non cumulables et mutuellement exclusifs) :
L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne (correspondant à une administration d'oxygène pendant une durée supérieure ou égale à 15 heures par jour), elle-même différenciée selon l'existence d'une déambulation et la durée journalière de cette dernière :
– sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour ;
– avec déambulation de plus d'une heure par jour ;
– l'oxygénothérapie de déambulation exclusive.

I-1. Conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme

I-1.1. Conditions d'attribution communes à l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne et l'oxygénothérapie de déambulation exclusive

L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne et l'oxygénothérapie de déambulation exclusive ont des conditions identiques d'attribution (qualité des prescripteurs, durée de prescription, modalités de suivi de l'observance et critères de choix de la source mobile (lorsqu'elle est prescrite), définies ci-dessous :

I-1.1.1. Qualités des prescripteurs

Toute prescription de l'oxygénothérapie à long terme (prescription initiale et renouvellement) doit être réalisée par un pneumologue, un médecin d'un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose, un médecin d'un centre de compétences de l'hypertension artérielle pulmonaire ou un pédiatre ayant une expertise en insuffisance respiratoire chronique de l'enfant. En établissement d'hébergement pour personne âgée (EHPAD) le renouvellement peut être fait par le médecin coordonnateur, après avis d'un prescripteur.

I-1.1.2. Durée de la prescription

La prescription initiale est valable pour une durée de trois mois. Le renouvellement est réalisé trois mois après la prescription initiale puis chaque année.

I-1.1.3. Accord préalable

La prise en charge est assurée après accord préalable demandé et renseigné par le médecin prescripteur lors de la première prescription, trois mois plus tard dans le cadre du premier renouvellement et une fois par an lors des renouvellements suivants.
La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R.165-23 du code de la sécurité sociale.

I-1.1.4. Suivi de l'observance

L'observance du traitement par oxygénothérapie à long terme doit être évaluée régulièrement et, au minimum, lors de chaque renouvellement par le médecin prescripteur. Le médecin traitant participe à l'évaluation régulière de l'observance en collaboration avec le médecin prescripteur.
L'évaluation de l'observance repose sur une discussion du médecin avec le patient, ou éventuellement son entourage, pour évaluer si le patient utilise le matériel d'oxygénothérapie, en particulier la source mobile d'oxygène pour la déambulation lorsqu'elle a été prescrite, conformément à la prescription (mode d'administration, débit ou réglage, durée d'utilisation).

I-1.1.5. Critères de choix de la source mobile

a. Le médecin prescripteur évalue les besoins de déambulation de son patient en termes de durée de déambulation et de fréquence de déambulation.
b. En fonction des besoins de déambulation du patient et de son mode de vie, et en tenant compte des spécifications techniques des dispositifs de déambulation, le médecin prescripteur propose la source d'oxygène la mieux adaptée au patient, en concertation avec celui-ci et éventuellement son entourage. Les aspects suivants doivent être pris en compte lors de la prescription de la source mobile :
Critères liés au patient :
- mode d'administration de l'oxygène prescrit : continu ou pulsé ;
- débit ou réglage d'oxygène prescrit ;
- accessibilité du domicile du patient ;
- durée et fréquence de déambulation du patient.
- spécifications techniques de la source d'oxygène
- mode de fonctionnement possible : continu ou pulsé ;
- capacité de production d'oxygène (en termes de débit pour le mode continu ou de volume par minute pour le mode pulsé) ;
- autonomie de la source mobile ; – encombrement et poids de la source mobile ;
- bruit de la source mobile.
c. Une titration préalable doit être réalisée par le médecin prescripteur afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient.

I-1.2. Conditions d'attribution propres à l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne

Rappel : les qualités des prescripteurs, modalités de l'accord préalable, durée de prescription, suivi de l'observance et critères de choix de la source mobile de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sont définis au point I-1.1.

I-1.2.1. Définition

L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne consiste en une administration quotidienne d'oxygène pendant une durée supérieure ou égale à 15 heures. Afin de faciliter la mobilité et de respecter la durée d'administration quotidienne, le patient peut bénéficier d'une source mobile d'oxygène pour poursuivre son traitement lors de la déambulation (y compris en fauteuil roulant), notamment hors du domicile.

I-1.2.2. Indications

L'oxygénothérapie de longue durée quotidienne est indiquée chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique :
En cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive, quand les mesures de gaz du sang artériel en air ambiant ont montré :
- soit une pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO_2) inférieure ou égale à 55 mm de mercure (mm Hg) ;
- soit une pression partielle en oxygène du sang artériel (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 pression partielle en dioxyde de carbone du sang artériel ($PaCO_2$).
- ou en dehors de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, quand les mesures de gaz du sang artériel en air ambiant ont montré une pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO_2) inférieure à 60 mm Hg. L'oxygène est administré seul ou associé à une ventilation assistée.

I-1.2.3. Conditions de prescription

La prescription initiale de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne nécessite deux mesures des gaz du sang artériel en air ambiant, à au moins 15 jours d'intervalle, et une mesure des gaz du sang artériel sous oxygène.
Le renouvellement de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne nécessite une mesure des gaz du sang artériel (en air ambiant ou sous oxygène). Les mesures de gaz du sang artériel doivent être réalisées chez un patient au repos, en état stable et sous traitement médical optimal.
Les mesures de gaz du sang artériel sont exceptionnellement réalisées en pédiatrie. La saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO_2) peut suffire à poser l'indication d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne en pédiatrie.
Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription.

I-1.2.4. Conditions de prescription d'une source mobile

Une prescription de source mobile d'oxygène nécessite une titration préalable par le médecin prescripteur afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient. En mode pulsé, la titration à l'effort est réalisée, de préférence, lors d'un test de marche de 6 minutes ou d'une épreuve fonctionnelle d'exercice, en air ambiant et sous oxygène.
Le prestataire ne peut en aucun cas réaliser l'acte de titration, mais il peut, s'il est sollicité par le médecin prescripteur, mettre le matériel nécessaire à la réalisation de cet acte à sa disposition.

I-1.2.5. Contenu de la prescription médicale

Le prescripteur doit préciser :
- la nature de la source fixe d'oxygène : concentrateur ou oxygène liquide ;
- le débit d'oxygène au repos en L/min ;
- la durée d'administration quotidienne pour chaque source prescrite (fixe, mobile) ;
- la nature de la source mobile d'oxygène : concentrateur mobile, bouteilles d'oxygène gazeux, compresseur pour le remplissage de bouteilles d'oxygène gazeux ou oxygène liquide ;
- le mode d'administration de la source mobile, continu ou pulsé, son débit ou son réglage, et sa portabilité (en bandoulière ou sur chariot) ;
- les consommables : choix de l'interface d'administration de l'oxygène ;
- les accessoires, si nécessaire : valve économiseuse d'oxygène, humidificateur, débitmètre pédiatrique.

Un modèle de prescription de l'oxygénothérapie à long terme figure en annexe I de l'arrêté du 23-02-2015 Nor AFSS1505233A.

I-1.2.6. Sources d'oxygène éligibles à la prescription pour l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec ou sans déambulation

I-1.2.6.1. La prescription de la source fixe d'oxygène de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, est guidée par le débit d'oxygène prescrit au repos.

Liste A des sources d'oxygène disponibles pour l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour :
- débit prescrit au repos ≤ 5 L/min : concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min ;
- débit prescrit au repos > 5 L/min et débit prescrit au repos ≤9 L/min : concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min ;
- débit prescrit au repos > 9 L/min : oxygène liquide.

I-1.2.6.2. La prescription de la source fixe et/ou mobile d'oxygène de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour est guidée d'abord par le mode d'administration de l'oxygène prescrit pour la déambulation (pulsé ou continu) puis, toujours en ce qui concerne la déambulation, par le débit d'oxygène en continu ou le réglage en mode pulsé. Il faut aussi s'assurer que le débit d'oxygène prescrit au repos et/ou à l'effort est couvert par la (les) source(s) fixe(s) et/ou mobile(s) choisie(s).

Liste B des sources d'oxygène disponibles pour l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour :
– mode d'administration de l'oxygène prescrit en mode pulsé ou continu avec débit prescrit pour la déambulation ≤ 3 L/min :
– concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min + concentrateur mobile ;
– système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur ;
– oxygène liquide.
– mode d'administration de l'oxygène prescrit continu avec débit prescrit pour la déambulation > 3 L/min :
– système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur ; le prescripteur devra s'assurer que l'autonomie de la bouteille est suffisante pour répondre aux besoins de déambulation du patient quand celui-ci nécessite un débit continu > 3 L/min ;
– oxygène liquide.

I-1.3. Conditions d'attribution propres à l'oxygénothérapie de déambulation exclusive

Rappel : les qualités des prescripteurs, modalités de l'accord préalable, durée de prescription, suivi de l'observance et critères de choix de la source mobile de l'oxygénothérapie de

déambulation exclusive sont définis au point I-1.1.

I-1.3.1. Définition Administration d'oxygène exclusivement lors de la déambulation, en dehors d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne.

I-1.3.2. Indications

L'oxygénothérapie de déambulation exclusive est indiquée chez les patients insuffisants respiratoires ne relevant pas de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne et ayant une désaturation à l'effort. La désaturation à l'effort est définie lors d'un test de marche de 6 minutes ou lors d'une épreuve fonctionnelle d'exercice :

- soit par une pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO_2) inférieure à 60 mm Hg ;
- soit par une diminution de la saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO_2). La SpO_2 à l'effort doit être diminuée de 5 % au moins, par rapport à la valeur au repos, et doit atteindre une valeur en dessous de 90 %.

Si ces critères ne sont pas respectés, l'oxygénothérapie de déambulation exclusive n'a pas d'indication, notamment chez les patients atteints de BPCO, sauf en cas de réentrainement musculaire à l'exercice (stage initial de réhabilitation respiratoire). Une réévaluation de l'indication en termes d'observance, d'autonomie et de qualité de vie, est indispensable dans les 3 mois qui suivent la mise en place.

I-1.3.3. Conditions de prescription

La prescription initiale et le renouvellement de la source mobile d'oxygène nécessite la réalisation, par le médecin prescripteur, d'un test de marche de 6 minutes ou d'une épreuve fonctionnelle d'exercice, en air ambiant et sous oxygène avec :

- mesure de la saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO_2) ou de la pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO_2) ;
- et évaluation de la dyspnée à l'aide d'une échelle appropriée.

Le bénéfice de l'oxygénothérapie est attesté, lors du test de marche 6 minutes ou lors de l'épreuve fonctionnelle d'exercice, par une amélioration d'un des critères suivants : dyspnée, gazométrie (PaO_2), saturation (SpO_2), distance parcourue.

Le prestataire ne peut en aucun cas réaliser l'acte de titration, mais il peut, s'il est sollicité par le médecin prescripteur, mettre le matériel nécessaire à la réalisation de cet acte à sa disposition.

Le test de marche de 6 minutes ou l'épreuve fonctionnelle d'exercice sont exceptionnellement réalisés en pédiatrie. L'enregistrement continu de la saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO_2), sur la période de jeu et d'activité, peut suffire à poser l'indication d'une oxygénothérapie de déambulation exclusive en pédiatrie.

Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription.

I-1.3.4. Contenu de la prescription médicale

Le prescripteur doit préciser :

- la nature de la source mobile d'oxygène : concentrateur mobile ou oxygène liquide, ou système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur ;
- le mode d'administration de la source mobile, continu ou pulsé, son débit ou son réglage, et sa portabilité (en bandoulière ou sur chariot) ;
- les consommables : choix de l'interface d'administration de l'oxygène ;
- les accessoires, si nécessaire : valve économiseuse d'oxygène, humidificateur, débitmètre pédiatrique.

I-1.3.5. Sources d'oxygène éligibles à la prescription pour l'oxygénothérapie de déambulation exclusive

Dans le cadre de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, la prescription de la source mobile d'oxygène est guidée en premier lieu par le mode d'administration de l'oxygène, le débit d'oxygène en continu ou le réglage en mode pulsé.

Liste C des sources d'oxygène disponibles pour l'oxygénothérapie de déambulation exclusive en fonction du mode d'oxygénothérapie et du débit prescrits pour la déambulation : – mode d'administration de l'oxygène prescrit en mode pulsé ou continu avec débit prescrit pour la déambulation ≤ 3 L/min : - concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min + concentrateur mobile ;

- système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur ;
- oxygène liquide.

- mode d'administration de l'oxygène prescrit continu avec débit prescrit pour la déambulation > 3 L/min :
- système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur ; le prescripteur devra s'assurer que l'autonomie de la bouteille est suffisante pour répondre aux besoins de déambulation du patient quand celui-ci nécessite un débit continu > 3 L/min ;
- oxygène liquide.

I-2. Description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme

La prestation de l'oxygénothérapie à long terme est mise en oeuvre conformément aux «bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical». Cette prestation s'applique à l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne et à l'oxygénothérapie de déambulation exclusive. Elle comprend ses prestations communes recouvrant la prestation d'installation et de suivi ; la fourniture des consommables et la fourniture des accessoires. Et une prestation de location de l'oxygène variable, selon la (les) source(s) d'oxygène prescrite(s).

I-2.1. Prestation d'installation et de suivi pour l'oxygénothérapie à long terme

La prestation d'installation et de suivi pour l'oxygénothérapie à long terme est mise en oeuvre lors de la prescription initiale de l'oxygénothérapie ou lors d'une modification du traitement par oxygénothérapie impliquant un changement de la (des) source(s) d'oxygène. Elle comprend les prestations techniques (I-2.1.1), administratives (I-2.1.2) et générales (I-2.1.3) décrites ci-dessous :

I-2.1.1. Prestations techniques

Lors de la livraison :
- la livraison du matériel au médecin en charge de l'acte de titration ;
- la livraison du matériel et sa mise à disposition 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, notamment la nécessité d'entretenir hebdomadairement l'humidificateur (quand il est présent) ;
- la vérification que le débit affiché est bien le débit délivré dans les lunettes (notamment quand il y a un humidificateur) ;
- 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.

A compter de l'installation :
- 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 ;
- le versement d'une participation à la consommation électrique au titre de l'oxygénothérapie, pour les patients disposant d'un concentrateur fixe ou mobile ou d'un système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur au titre d'un des forfaits «de base» du présent paragraphe de la LPP ou d'un des forfaits associés du respiratoire.

À l'inverse, les forfaits OLT 2.00 d'oxygène liquide (code 1130220), OCT 3.00 d'oxygénothérapie de court terme (code 1128104), ODYSP 3.30 de prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie (code 1158737), ou les forfaits associés du respiratoire incluant l'un de ces trois derniers forfaits, ne bénéficient pas du versement d'une participation à la consommation électrique au titre de l'oxygénothérapie ;
- la fourniture, si nécessaire, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours, pour les patients disposant d'un concentrateur fixe ou d'oxygène liquide, utilisable en cas de panne du concentrateur ou de rupture d'approvisionnement de l'oxygène liquide.

A compter de la première visite de suivi :
- rappel de l'information et de la formation technique relative au fonctionnement du matériel, à l'attention du patient, de son entourage familial et de ses soignants ;
- rappel de 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 utilisent le matériel d'oxygénothérapie, 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 à domicile.

A la fin de la prestation :
- la reprise du matériel au domicile ;
- le nettoyage et la désinfection du matériel (à l'exclusion du matériel dont l'usage est réservé à un patient unique).

I-2.1.2. Prestations administratives

Ouverture du dossier administratif du patient.
Gestion du dossier administratif du patient.
Gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient sur le territoire national.

I-2.1.3. Prestations générales

Visites à domicile, selon la fréquence suivante :
- la première visite de suivi a lieu entre un et trois mois après la visite d'installation, puis les visites ont lieu tous les trois à six mois ou lors d'une modification du traitement par oxygénothérapie ;
- pour les patients disposant d'oxygène liquide, la fréquence des visites dépend de la fréquence des réapprovisionnements en oxygène liquide ;
- contrôle de l'observance, à chaque visite, comprenant notamment la vérification que l'utilisation du matériel d'oxygénothérapie (source fixe et/ou source mobile) est conforme à la prescription médicale (mode d'administration, débit ou réglage, durée d'utilisation) et aux consignes de sécurité ;
- l'information immédiate du médecin prescripteur et, à sa demande, du médecin traitant en cas d'observation d'anomalies de l'observance.

I-2.2. Fourniture des consommables pour l'oxygénothérapie à long terme

Tubulure pour administration d'oxygène avec une fréquence de renouvellement minimale d'une tubulure tous les 6 mois ;
Interfaces d'administration de l'oxygène :
- lunette à oxygène, adulte ou pédiatrique avec une fréquence de renouvellement recommandée de 2 lunettes par mois pour les adultes et enfants de plus de 6 ans, et de 2 lunettes par semaine pour les enfants de moins de 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 ;
- sonde nasale à oxygène : son usage est exceptionnel : réservé à l'oxygénothérapie à haut débit, en cas d'impossibilité d'utilisation d'un masque à oxygène à haute concentration ;
- cathéter transtrachéal à oxygène : son usage est exceptionnel.

I-2.3. Fourniture des accessoires pour l'oxygénothérapie à long terme

Valve économiseuse d'oxygène, selon la prescription.
Humidificateur conforme à la norme NF EN ISO 8185 (juillet 2009) (si le prestataire demande l'utilisation d'eau distillée par le patient, celle-ci lui est fournie et non facturée), selon la prescription.
Débitmètre pédiatrique, selon la prescription.

I-2.4. Prestation de location, et spécifications techniques, de l'oxygène variable, selon la (les) source(s) d'oxygène prescrite(s)

Se référer aux listes A (oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour), B (oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour) et C (oxygénothérapie de déambulation exclusive) pour le choix des sources éligibles, respectivement définies aux points I-1.2.6.1, I-1.2.6.2 et I-1.3.5 ci-dessus.
Aucune source d'oxygène mobile ne peut répondre à l'ensemble des situations cliniques avec une supériorité sur les autres.
Toutes les sources alternatives doivent être mises à la disposition du prescripteur. En cas de nécessité, à la demande du prescripteur, le prestataire doit fournir une bouteille d'oxygène

gazeux en tant que source de secours.

I-2.4.1. Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min

Pour les patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos inférieur ou égal à 5 L/min et qui ne déambulent pas ou qui déambulent moins d'une heure par jour.
La prestation comprend la location d'un concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, répondant aux spécifications techniques suivantes :
- à compter de la publication du présent texte, les prestataires ne peuvent acquérir que des concentrateurs conformes à la norme NF EN ISO 8359 (NF EN ISO 8359 [2009] + NF EN ISO 8359/A1 [publiée le 01-07-2012]).
En ce qui concerne les patients équipés de concentrateurs de conception antérieure, ils devront, dans la mesure du possible, être équipés par les prestataires de dispositifs de coupe-feu, à tout le moins pour les patients à risque. La mise en conformité de l'ensemble du parc des concentrateurs de chacun des prestataires devra être assurée au plus tard le 31-12-2017 ; – oxygène produit à une concentration minimale de 90 % ;
- débit d'oxygène de 0,5 à 5 L/min par pas de 0,5 L/min ;
- fonctionnement possible 24 h/24.

I-2.4.2. Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min

Pour les patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos supérieur à 5 L/min et inférieur ou égal à 9 L/min et qui ne déambulent pas ou qui déambulent moins d'une heure par jour.
La prestation comprend la location d'un concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min parmi ceux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), répondant aux spécifications techniques énoncées suivantes :
- à compter de la publication du présent texte, les prestataires ne peuvent acquérir que des concentrateurs conformes à la norme NF EN ISO 8359 (2009) + NF EN ISO 8359/A1 (publiée le 01-07-2012). En ce qui concerne les patients équipés de concentrateurs de conception antérieure, ils devront, dans la mesure du possible, être équipés par les prestataires de dispositifs de coupe-feu, à tout le moins pour les patients à risque. La mise en conformité de l'ensemble du parc des concentrateurs de chacun des prestataires devra être assurée au plus tard le 31-12-2017 ;
- oxygène produit à une concentration minimale de 90 % ;
- débit d'oxygène de 1 à 9 L/min par pas de 1 L/min ;
- fonctionnement possible 24 h/24.

I-2.4.3. Concentrateur mobile

Pour les patients dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou de réglage, et d'autonomie, peuvent être couverts par un concentrateur mobile.
La prestation comprend :
- la location d'un concentrateur mobile, parmi ceux inscrits sur la LPPR.

I-2.4.4. Concentrateur mobile fonctionnant en mode continu

Pour les patients dont le débit d'oxygène au repos et dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou réglage, et d'autonomie, peuvent être couverts par un concentrateur mobile fonctionnant en mode continu.
La prestation comprend :
- la location d'un concentrateur mobile fonctionnant en mode continu, parmi ceux inscrits sur la LPPR.

I-2.4.5. Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, associé à un concentrateur mobile

Pour les patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos inférieur ou égal à 5 L/min et dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou réglage, et d'autonomie, peuvent être couverts par un concentrateur mobile. La prestation comprend : - la location d'un concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, répondant aux spécifications techniques énoncées au point I-2.4.1 ; – la location d'un concentrateur mobile, parmi ceux inscrits sur la LPPR.

I-2.4.6. Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, associé à des bouteilles d'oxygène gazeux

Pour les patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos inférieur ou égal à 5 L/min et dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou réglage, et d'autonomie, peuvent être couverts par des petites bouteilles d'oxygène gazeux, dans la limite de 4 m_3 par mois. A titre transitoire, les bouteilles d'oxygène gazeux ne disposant pas de détendeur-débitmètre intégré fabriquées avant le 30-10-2013, peuvent être mises à disposition des patients jusqu'au 30-06-2015.
La prestation comprend :
- la location d'un concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, répondant aux spécifications techniques énoncées au point I-2.4.1 ;
- la livraison de bouteilles d'oxygène gazeux de petites tailles en aluminium ou en alliage léger avec détendeur-débitmètre intégré permettant la déambulation, à une fréquence adaptée pour éviter les ruptures d'approvisionnement.

I-2.4.7. Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur

Pour les patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos inférieur ou égal à 6 L/min et dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit et d'autonomie, peuvent être couverts par des bouteilles d'oxygène gazeux remplissables.
La prestation comprend la location d'un système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant :
- un concentrateur fixe :

- ayant un débit maximal de 5 L/min répondant aux spécifications techniques énoncées au point I-2.4.1,ou
- ayant un débit maximal de 9 L/min répondant aux spécifications techniques énoncées au point I-2.4.2 ; et
- un compresseur parmi ceux inscrits sur la LPPR ;
ou
- un concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min répondant aux spécifications techniques énoncées au point I-2.4.1, ou
- et un concentrateur/compresseur, parmi ceux inscrits sur la LPPR.
Ces dispositifs répondent aux spécifications techniques suivantes :
- le système comprend un concentrateur fixe, un compresseur ou un concentrateur/compresseur, deux bouteilles d'oxygène remplissables et un sac de transport pour les bouteilles. Tous les éléments du système doivent être compatibles ;
- pendant le remplissage de la bouteille, le concentrateur doit être en mesure de fournir au patient un débit d'oxygène au moins égal à 2,5 L/min (si associé à un concentrateur ayant un débit maximal de 5 L) ou au moins égal à 6 L/min (si associé à un concentrateur ayant un débit maximal de 9 L). Les patients concernés par ce forfait déambulent régulièrement, éventuellement en fauteuil roulant, à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile et nécessitent un débit d'oxygène compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène.
Le prescripteur doit s'assurer que le matériel choisi permet effectivement la fourniture d'un débit d'oxygène suffisant pour le patient en cas d'utilisation simultanée de ces deux fonctions ; - le volume de la bouteille d'oxygène remplissable est de 2 L au maximum et sa pression de remplissage est de 140 bars au minimum.

I-2.4.8. Oxygène liquide

Pour les patients :
- qui nécessitent un débit d'oxygène au repos supérieur à 9 L/min et qui ne déambulent pas ou qui déambulent moins d'une heure par jour ;
- qui déambulent plus d'une heure par jour dont le débit d'oxygène en déambulation est inférieur à 3 L/min mais dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou de réglage, ou d'autonomie, ne peuvent être couverts par les autres dispositifs disponibles.
- qui nécessitent un débit d'oxygène en déambulation supérieur à 3 L/min mais dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou de réglage, ou d'autonomie, ne peuvent être couverts par les autres dispositifs disponibles.
L'oxygène liquide est réservé aux patients dont les besoins ne peuvent être couverts par les solutions alternatives.

La prestation comprend :
- la location d'au moins un réservoir fixe d'oxygène liquide ;
- la location d'un réservoir portable d'oxygène liquide ;
- la mise en place d'une procédure de livraison en oxygène liquide à une fréquence adaptée pour éviter les ruptures d'approvisionnement.
La prise en charge est assurée pour les forfaits hebdomadaires d'oxygénothérapie à long terme (OLT) suivants :

Forfaits OLT – Concentrateurs en poste fixe

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1136581	**Oxygénothérapie à long terme en poste fixe, OLT 1.00** Forfait hebdomadaire OLT 1.00 pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation, avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne aux patients qui ne déambulent pas, qui déambulent moins d'une heure par jour, sont définies ci-dessus dans le	**47,40**	**47,40**	**30-12-2019**

	cadre du point I-1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Les patients pris en charge dans le cadre de ce forfait nécessitent un débit en oxygène inférieur ou égal à 5 L/min. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I-2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne, les prestations de location et spécifications techniques définies aux points I-2.4.1 et I-2.4.6 relatifs au concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, de même que les prestations spécifiques suivantes : - la fourniture d'un concentrateur, d'un dispositif de contrôle de l'observance (compteur horaire ou autre), selon la prescription de bouteilles d'oxygène gazeux de petites tailles en aluminium ou en alliage léger avec détendeur-débitmètre intégré permettant la déambulation de moins d'une heure par jour (en fonction des besoins et dans la limite de 4 m_3 par mois), et éventuellement, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours ; - une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,20 € TTC reversée au patient par le prestataire ; - la surveillance de l'état du matériel tous les 3 à 6 mois.			

Société INVACARE POIRIER SAS (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1148130	**Oxygéno à long terme, concentrateur, INVACARE, INVACARE PLATINUM 9, OLT 1.31** Forfait hebdomadaire OLT 1.31 pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne aux patients qui ne déambulent pas ou qui déambulent moins d'une heure par jour, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I-1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Les patients pris en charge dans le cadre de ce forfait nécessitent un débit en oxygène supérieur à 5 L/min et inférieur ou égal à 9 L/min. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I-2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, les prestations de location et spécifications techniques définies au point I-2.4.2 relatif au concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min, et les prestations spécifiques suivantes : - la fourniture d'un concentrateur, selon la prescription de bouteilles d'oxygène gazeux de petites tailles en aluminium ou en alliage léger avec détendeur-débitmètre intégré permettant la déambulation de moins d'une heure par jour (en fonction des besoins et dans la limite de 4 m_3 par mois), et éventuellement, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours ; - une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC reversée au patient par le prestataire.	**57,75**	**57,75**	**15-03-2023**

Société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France (DRIVE DEVILBISS)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1165944	Oxygénothérapie à long terme, concentrateur, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS, OLT 1.32 Forfait hebdomadaire OLT 1.32 pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France.	**57,75**	**57,75**	**31-08-2024**

	Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne aux patients qui ne déambulent pas ou qui déambulent moins d'une heure par jour, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Les patients pris en charge dans le cadre de ce forfait nécessitent un débit en oxygène supérieur à 5 L/min et inférieur ou égal à 9 L/min. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, les prestations de location et spécifications techniques définies au point I.2.4.2 relatif au concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min, et les prestations spécifiques suivantes : - la fourniture d'un concentrateur, selon la prescription de bouteilles d'oxygène gazeux de petites tailles en aluminium ou en alliage léger avec détendeur-débitmètre intégré permettant la déambulation de moins d'une heure par jour (en fonction des besoins et dans la limite de 4 m3 par mois), et éventuellement, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours ;			

Forfait OLT – Oxygène liquide

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1130220	**Oxygénothérapie à long terme, oxygène liquide, OLT 2.00** Forfait hebdomadaire OLT 2.00 d'oxygénothérapie à long terme en oxygène liquide. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme définies ci- dessus au point I-1 et dans les situations listées au point I-2.4.8 : - patients qui nécessitent un débit d'oxygène au repos supérieur à 9 L/min et qui ne déambulent pas ou déambulent moins de 1 heure par jour ; - patients qui nécessitent un débit d'oxygène en déambulation supérieur à 3 L/min en mode continu ; - patients dont le débit d'oxygène en déambulation est inférieur à 3 L/min mais dont les besoins de déambulation, en termes de mode d'administration, de débit ou de réglage, ou d'autonomie, ne peuvent être couverts par les autres dispositifs disponibles. 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 en particulier les prestations de location définies au point I-2.4.8 relatif à l'oxygène liquide ; - la fourniture, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours.	**105,21**	**105,21**	**30-12-2019**

Forfaits OLT – Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur

Société INVACARE POIRIER SAS (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif actuel	PLV actuel	Date de fin de prise

		en euros TTC	en euros TTC	en charge
1120338	Oxygénothérapie long terme, déambulation, INVACARE, HOMEFILL II, OLT 2.11 Forfait hebdomadaire OLT 2.11 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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur et un compresseur INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS. Ce forfait hebdomadaire OLT 2.11 prend également en charge les prestations réalisées par les concentrateurs et compresseurs de la précédente dénomination : INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS. 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. Les patients concernés par ce forfait déambulent régulièrement, éventuellement en fauteuil roulant, à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile et nécessitent un débit d'oxygène compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. Le prescripteur doit s'assurer que le matériel choisi permet effectivement la fourniture d'un débit d'oxygène suffisant pour le patient en cas d'utilisation simultanée de ces deux fonctions. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, les prestations de location et les spécifications techniques définies au point I.2.4.7 (Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur), et la prestation spécifique suivante : - une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les 2 à 4 mois, la maintenance spécifique pour le système 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 10 ans. Le système pour oxygénothérapie INVACARE HOMEFILL II comprend un concentrateur, un compresseur et deux bouteilles. La prise en charge est assurée pour les modèles et références suivants : - concentrateurs : PLATINUM 5 SensO2 (IRC5LX02AW-S), PLATINUM S (IRC5LX02AWQ-S), PERFECTO2 (1521652-IRC5PO2AWS), PERFECTO2V (ref. : 1521652-VAW-SUD ou 1521652-VAW-SUED) et PLATINUM 9 (IRC9LXO2AWQ-S) ; - compresseur : HOMEFILL II (IOH200AW-S) ; - bouteilles : - INVACARE 1 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE6) ; - INVACARE 1 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve double lumen mode pulsé et continu (HF2ECE6) ; - INVACARE 1,4 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE8-S) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE9) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve en débit continu (HF2RE9) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve en débit continu (HF2RE9ES) ;- INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve en débit continu (HF2RE9AL) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve double lumen mode pulsé et continu (HF2ECE9) ; - sacoches de transport pour les bouteilles : pour bouteille d'oxygène 1 L (réf. 1514281), pour bouteille d'oxygène 1,4 L et 1,7 L (réf. HF2PC9BAG), pour la bouteille HF2ECE6 (réf. HF2POST6BAG), pour la bouteille HF2ECE9 (réf. (HF2POST9BAG), et sac à dos de transport (réf. 1543057).	**77,00**	**77,00**	**15-03-2023**

Philips France Commercial (PHILIPS)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1184315	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, PHILIPS, ULTRAFILL, OLT 2.12 Forfait hebdomadaire OLT 2.12 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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur et un compresseur, ULTRAFILL de la société PHILIPS France Commercial. 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. Les patients concernés par ce forfait nécessitent un débit d'oxygène compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. Le prescripteur doit s'assurer que le matériel choisi permet effectivement la fourniture d'un débit d'oxygène suffisant pour le patient en cas d'utilisation simultanée de ces deux fonctions. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, les prestations de location et les spécifications techniques définies au point I.2.4.7 (Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur), et la prestation spécifique suivante : - une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les 2 à 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 2 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. 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 T, (1039366) ; - compresseur : ULTRAFILL, (1057124) ; - bouteilles : • 1 L débit continu, (1069060) ; • 2 L débit continu, (1069061) ; • 1 L valve à la demande (mixte), (1069019) ; • 2 L valve à la demande (mixte), (1069021) ; • 1 L débit continu, (1075576) ; • 2 L débit continu, (1075578) ; • 1 L valve à la demande (mixte), (1075577) ;	**77,00**	**77,00**	**01-04-2022**

	• 2 L valve à la demande (mixte), (1075579) ; • sacoche de transport bouteille 1 L, (1079978) ; • sacoche de transport bouteille 2 L (1079977).			

DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1133430	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL, OLT 2.17** Forfait hebdomadaire OLT 2.17 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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS, et un concentrateur. 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. Les patients concernés par ce forfait nécessitent un débit d'oxygène compatible avec l'utilisation du concentrateur fixe. Le prescripteur doit s'assurer que le matériel choisi permet effectivement la fourniture d'un débit d'oxygène suffisant pour le patient. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I-2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, les prestations de location et les spécifications techniques définies au point I-2.4.7 (Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur), et la prestation spécifique suivante : - une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les 2 à 4 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) ; - concentrateur/compresseur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - bouteilles : ré-épreuve tous les 5 ans. Le système comprend : 1 concentrateur/compresseur, 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. La prise en charge est assurée pour les modèles et références suivants : - concentrateur : COMPACT 525 KS : REF 525 KS. Ce dispositif fonctionne uniquement en mode continu ; - compresseur IFILL : REF 535i ; - 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-ML6-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 PD1000A-I-ML6 : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,2 L ;	**71,50**	**71,50**	**15-05-2019**

	- REF PD1000A-I-C : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,8 L ; - REF PD1000A-I-D : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 2,9 L ; - REF PD1000A-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.			

Forfaits OLT – Concentrateurs d'oxygène mobiles

Société INVACARE POIRIER SAS (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1191568	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, INVACARE SOLO2, OLT 2.13** Forfait hebdomadaire OLT 2.13 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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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. 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le concentrateur transportable INVACARE SOLO2 est fourni avec : - une batterie interne amovible et rechargeable ; - 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.	**77,00**	**77,00**	**15-09-2022**
1143983	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, INVACARE XPO2, OLT 2.14** Forfait hebdomadaire OLT 2.14 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de	**77,00**	**77,00**	**15-09-2022**

	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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Dans le cadre de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne (≥ 15 h/j), le concentrateur portable INVACARE XPO2 doit être associé à un concentrateur «classique» en poste fixe, qui permet d'assurer un débit continu. Le concentrateur portable INVACARE XPO2 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.			
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 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 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 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 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire. Le concentrateur mobile PLATINUM MOBILE (POC1-100B-FR, 4 positions de réglage 880ml) ; POC1-100C-FR, 5 positions 1000ml) 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	**77,00**	**77,00**	**01-07-2022**

	- une lunette nasale 1200 mm - un manuel d'utilisation Le concentrateur mobile PLATINUM MOBILE (POC1-100BAT2-FR et POC1-100C2-FR) est fourni avec une batterie supplémentaire. Un Dongle de connexion bluetooth est proposé en accessoire pour connecter l'appareil via l'application Invacare® PICCOLO O2 téléchargeable sur IOS et Android. La prise en charge est assurée pour les références POC1-100B-FR, POC1-100BAT2-FR, POC1-100C-FR et POC1-100C2-FR.			

Philips France Commercial (PHILIPS)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1118324	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, PHILIPS, SIMPLYGO, OLT 2.15** Forfait hebdomadaire OLT 2.15 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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS). 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 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. 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le concentrateur transportable SIMPLYGO est fourni avec : - une sacoche de transport avec bandoulière ; - 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 ;	**77,00**	**77,00**	**30-11-2022**

	- 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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. 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).	**77,00**	**77,00**	**30-06-2022**

Société INOGEN

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1125100	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INOGEN ONE G2, OLT 2.16** Forfait hebdomadaire OLT 2.16 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), INOGEN ONE G2 de la société INOGEN. 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	**77,00**	**77,00**	**01-06-2023**

	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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le pack INOGEN ONE G2, référence IS200, est conditionné de manière unitaire et comprend les éléments suivants : « - un concentrateur portable INOGEN ONE G2 (référence IO-200) ; « - une batterie de 12 cellules (référence BA-200) avec possibilité d'une batterie de 24 cellules en option (référence BA-224) ; - 1 bloc d'alimentation universel (référence BA-207) ; - 1 bloc d'alimentation CA (courant alternatif) (référence BA-301) ; - 1 câble d'alimentation CC (courant continu) (référence BA-302) ; - 1 sacoche et chariot de transport (référence CA-200) ; - 1 canule nasale (Salter 16SOFT). » La prise en charge est assurée pour la référence S321212.			
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 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le pack INOGEN ONE G3, référence IS300, est conditionné de manière unitaire et comprend les éléments suivants : - un concentrateur portable INOGEN ONE G3 (référence IO-300) ; - une batterie de 8 cellules (référence BA-300) avec possibilité d'une batterie de 16 cellules en option (référence BA-316) ; - 1 bloc d'alimentation CA (courant alternatif) (référence BA-301) ; - 1 sacoche de transport (référence CA-300) ; - 1 canule nasale (Salter 16SOFT). » 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	**77,00**	**77,00**	**01-06-2023**

	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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le pack INOGEN ONE G4, référence IS400, est conditionné de manière unitaire et comprend les éléments suivants : 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.	**77,00**	**77,00**	**15-06-2021**
1136227	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INOGEN, INOGEN ONE G5, OLT 2.29 DESCRIPTION Forfait hebdomadaire OLT 2.29 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 G5 de la société INOGEN. 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 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le pack INOGEN ONE G5 est conditionné de manière unitaire et comprend les éléments suivants: – un concentrateur portable INOGEN ONE G5, référence IS500, – soit 1 batterie de 8 cellules (référence BA-500), soit 1 batterie de 16 cellules (référence BA-516).	**71,50**	**71,50**	**01-06-2023**

	L'option 8 ou 16 cellules est à préciser lors de la prescription, – 1 bloc d'alimentation CA (BA-501), – 1 câble d'alimentation CC (BA-306), – 1 sacoche (CA-500) avec 1 sangle de transport, – 1 canule nasale (213,36 cm style souple). RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE INOGEN ONE G5, référence IS500.			

Société CAIR Inc (CAIRE)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1116680	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, CAIRE, ECLIPSE 3, OLT 2.18** Forfait hebdomadaire OLT 2.18 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 3. 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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. La prise en charge est assurée pour la référence 5901-SEQ.	**77,00**	**77,00**	**15-05-2019**
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	**77,00**	**77,00**	**31-10-2022**

	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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le concentrateur transportable ECLIPSE 5 est fourni avec : - une batterie ; - un bloc d'alimentation pour courant continu ; - 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. Date de fin de prise en charge :			
1151942	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, CAIRE, FREESTYLE COMFORT, OLT 2.28 DESCRIPTION Forfait hebdomadaire OLT 2.28 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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE. 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 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. Le pack standard du concentrateur d'oxygène mobile FREESTYLE COMFORT comprend les éléments suivants : - un concentrateur d'oxygène mobile FREESTYLE COMFORT ; - un sac de transport ; - une bandoulière ; - un pack batterie à 8 cellules ; - une alimentation courant alternatif (CA) ; - un cordon d'alimentation ; - une alimentation courant continu (CC) ; - un manuel d'utilisation. D'autres accessoires optionnels sont disponibles : pack supplémentaire de batterie à 8 cellules, batterie à 16 cellules, chargeur de bureau et un sac de transport pour tous les accessoires.	**71,50**	**71,50**	**01-03-2025**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE AS200-2.			

Société RESMED SAS (RESMED)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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 accessoires ; – 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 références : – modèle PRO (référence XYC100B) ; – modèle SPORT (référence XYC100B-SPT).	**77 ,00**	**77,00**	**31-05-2020**
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 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	**77,00**	**77,00**	**31-05-2020**

	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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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.			

Société Gas Contrôle Equipment SAS France (GCE)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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. 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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 ;	**77,00**	**77,00**	**01-07-2022**

	- 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 2,50 € TTC reversée au patient par le prestataire. 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 ; - 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.	**71,50**	**71,50**	**15-04-2024**

II. – Oxygénothérapie à court terme

II-1. Conditions générales d’attribution de l’oxygénothérapie à court terme

II-1.1. 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.

II-1.2. 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.

II-1.3. 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 (dans les conditions prévues à la rubrique I-1.1.3).

II-1.4. 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.

II-2. Description de la prestation de l'oxygénothérapie à court terme

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

II-2.1. La fourniture du matériel

II-2.1.1. 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, selon la prescription, de petites bouteilles d'oxygène gazeux en tant que source mobile pour permettre la déambulation.

II-2.1.2. 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.

II-2.1.3. Les accessoires

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

II-2.2. 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.

II-2.3 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 actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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 définies aux points I-2.4.1 (concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min) et I-2.4.2 (concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min) ci-dessus) ; - soit des bouteilles d'oxygène gazeux avec mano-détendeur et débitmètre adapté aux besoins du patient ; et - si nécessaire, à la demande du prescripteur, des bouteilles d'oxygène gazeux en tant que source de secours (en cas de panne du concentrateur), ou en tant que source mobile pour permettre la déambulation	**44,46**	**44,46**	**30-12-2019** *+ Cf art 2 de l'arrrêté du 27-02-2015*

III. – Prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie

III-1. Conditions générales d'attribution de la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie

III-1.1. Indications

Cette prestation d'oxygénothérapie est indiquée pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie, dans le but de permettre le maintien à domicile de ces personnes.

III-1.2. Qualité du prescripteur

La prescription initiale et le renouvellement de l'oxygénothérapie pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie sont possible par tout médecin.

Le renouvellement doit être réalisé après avis d'un spécialiste (exemple : pneumologue, oncologue, médecin de structure de soins palliatifs (réseau, équipe mobile, lits identifiés, unité (USP…). Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription.

III-1.3. Durée de la prescription

Prescription initiale pour une durée de trois mois, renouvelable une fois. Au-delà, le renouvellement de la prise en charge est assuré après demande d'accord préalable. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R.165-23 du code de la sécurité sociale.

III-1.4. Conditions de prescription

Evaluation préalable de l'amélioration de la dyspnée sous oxygène par le médecin prescripteur.

III-1.5. Contenu de la prescription médicale

Le prescripteur doit préciser :
- 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.

III-2. Description de la prestation

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

III-2.1. La fourniture du matériel

La source d'oxygène :
- un concentrateur fixe dont le débit est adapté aux besoins du patient (respectant les spécifications techniques des concentrateurs). Les consommables :
- tubulure d'administration de l'oxygène : 1 tubulure pour la durée totale de traitement ;
- 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.

Les accessoires :
- humidificateur conforme à la norme NF EN ISO 8185 (juillet 2009), selon la prescription ;
- débitmètre pédiatrique, selon la prescription.

III-2.2. 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.

III-2.3. 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 actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1158737	**Oxygéno, pec de la dyspnée patients soins palliatifs ou fin de vie, ODYSP 3.30** Forfait hebdomadaire ODYSP 3.30 pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de court terme définies ci- dessus au point III-1. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point III-2, soit concernant la source d'oxygène, un concentrateur fixe dont le débit est adapté aux besoins du patient, respectant les spécifications techniques définies ci-dessus aux points : I-2.4.1 pour les concentrateurs fixes ayant un débit maximal de 5 L/min ; et I-2.4.2 pour les concentrateurs fixes ayant un débit maximal de 9 L/min.	**44,46**	**44,46**	**30-12-2019** *+ Cf art 2 de l'arrrêté du 27-02-2015*

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

La prise en charge des forfaits OAVF 4.28 et OAVF 4.29 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 actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1135392	Oxygénothérapie, AVF, forfait hebdomadaire, OAVF 4.28. Forfait hebdomadaire OAVF 4.28 de prise en charge de patients relevant du traitement par oxygénothérapie de la crise d'algie vasculaire de la face (AVF). 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, renouvelable une fois.	**16,00**	**16,00**	**02-01-2017**
1165967	Oxygénothérapie, AVF, forfait de livraison, OAVF 4.29. Forfait de livraison OAVF 4.29 des dispositifs médicaux nécessaires aux patients relevant du traitement par oxygénothérapie de la crise d'algie vasculaire de la face (AVF). Ce forfait comprend : - la fourniture des consommables : - bouteilles d'oxygène médical gazeux ; Le patient devra disposer d'une bouteille portable (de l'ordre de 0,2 à 0,5 m3) en complément d'une bouteille fixe (de l'ordre de 3 m3) à mano-détendeur intégré à gros débit (5-7 à 10 ou 15 litres). - un tuyau d'administration (longueur de 3 à 4 m) ;	**115,00**	**115,00**	**02-01-2017**

	- un 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.			

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 :

1 – 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.

2 – 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.

3 – des prestations générales :
* le conseil, l'éducation et la fournitures 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 euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1199558 101D01.21	Ventilation assistée pour trachéotomisés : Forfait hebdomadaire 4	**125,50**	**125,50**	**31-07-2017**
	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 **3,04** € reversé au patient 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 coordination des actions sociales y compris avec la DDASS pour l'inscription, si nécessaire, sur la liste des malades à faible autonomie sur le secteur sensible de l'EDF, * 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 5 : Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
1163030 101D01.22	Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures : Forfait hebdomadaire 5, par masque facial, embout buccal ou périthoracique	**80,79**	**80,79**	**31-07-2017**
	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. * 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 **3,04** € reversé au patient 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 euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1196270 101D01.23	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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale. 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.	**62,16**	**62,16**	**31-07-2017**
	Le forfait couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations suivantes : - la fourniture : - 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 2,84 € reversé au patient 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, réalisée sur un formulaire standardisé d'aide à la prescription, doit être effectuée par un des centres de références des maladies neuromusculaires définis par la DHOS et, en attendant la montée en charge de leur désignation par la DHOS, par une des consultations travaillant en réseau avec les centres de référence.
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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1176480 101D01.24	Forfait d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations. Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux. Forfait hebdomadaire 7. 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.	**25,00**	**25,00**	**15-02-2017**

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 € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1133690 101D01.31	Trachéotomie sans ventilation : Forfait hebdomadaire 8	**52,00**	**52,00**	**31-07-2018**
	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.			

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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale sur la base d'une prescription motivée.

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

I.2 Qualité du prescripteur

Toute prescription initiale de PPC, ou son renouvellement, doit être réalisée par un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES) dont la maquette intègre une formation spécifique pour la prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil ou dont la maquette mentionne la formation spécialisée transversale (FST) « Sommeil » parmi ses FST « indicatives » selon le paragraphe 1-4 de l'annexe 2 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées ou ayant validé une FST « Sommeil ».
Toute prescription initiale de PPC, ou son renouvellement, peut également être effectué :
- soit par un pneumologue ;
- soit, par un médecin dont le parcours de développement professionnel continu “Sommeil” est attesté par le Conseil national professionnel (CNP) de la spécialité concernée, ou par le Collège de médecine générale (CMG), selon l'article R. 4021-4.-I. du code de la santé publique, sur des règles communes recommandées dans le cadre de la FST “Sommeil” et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; cette validation devient obligatoire, pour toutes les spécialités, après le **1er janvier 2021** ;
- soit par un médecin ayant obtenu un diplôme reconnu comme ouvrant droit au titre dans le domaine des pathologies du sommeil conformément au 5e alinéa de l'article R. 4127-79 du code de la santé publique ».
Par dérogation, à partir de la quatrième prescription, c'est-à-dire la troisième prescription annuelle, le renouvellement de la PPC peut être réalisé par le médecin traitant, si le patient accepte de lui communiquer ses données d'observance des douze dernières périodes de 28 jours au cours desquelles son observance aura été d'au moins 112 heures pendant au moins dix de ces douze périodes et qu'au cours des deux autres son observance aura été d'au moins 56 heures, 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

La réalisation d'une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique est indispensable 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 le suivi de 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. Le décompte des périodes consécutives de 28 jours débute le premier jour de la quatorzième semaine qui suit le début du traitement par appareil de PPC. 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 40 semaines qui précèdent cette prise en charge.
Néanmoins, afin de tenir compte de difficultés temporaires d'utilisation de l'appareil de PPC par le patient, il est toléré une observance supérieure ou égale à 56 heures et inférieure à 112 heures par période de 28 jours.
Toute observance de moins de 56 heures par période de 28 jours doit être considérée comme médiocre et son efficacité sujette à caution.

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

Toute prescription initiale et tout renouvellement de 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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Sur 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 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.
Néanmoins, le renouvellement de la prescription annuelle s'effectue sans accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO pour un patient dont l'observance des douze dernières périodes consécutives de 28 jours a été d'au moins 112 heures pendant au moins dix de ces douze périodes et d'au moins 56 heures au cours des deux autres périodes.

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, sauf renouvellement par le médecin traitant, 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. Ce consentement explicite autorise les traitements des données de façon exhaustive en conformité avec les exigences de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).
Le consentement du patient doit également porter sur la possibilité de traitement de ses données de manière anonymisées et agrégées à des fins d'études en conformité avec les exigences de la CNIL.
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. En effet, en application de l'article 3 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les prestataires, mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, sont les responsables des traitements des données à caractère personnel qu'ils mettent en œuvre en vertu de l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale.

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.
L'exploration du sommeil doit être réalisée dans un centre de sommeil pédiatrique ou un centre adulte ayant une expertise dans le sommeil de l'enfant et analysée par un médecin ayant une expertise dans le sommeil de l'enfant.

II.2 Qualité du prescripteur

Toute prescription initiale d'un traitement par appareil de PPC en pédiatrie doit être réalisée dans un centre hospitalier spécialisé (« centre prescripteur »), soit par un médecin titulaire du DES de pédiatre ayant validé l'option « pneumopédiatrie », soit, par un pédiatre spécialisé en sommeil, soit par un pédiatre ayant validé une FST « sommeil ». Le patient pédiatrique doit être revu dans le « centre prescripteur » au moins une fois par an. Entre les évaluations annuelles minimales par le « centre prescripteur », le renouvellement peut être fait par un pédiatre ayant validé le DES de pédiatrie avec l'option « pneumopédiatrie » ou une FST « sommeil ».
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. Un contrôle polysomnographique ou polygraphique est souhaitable dans un centre spécialiste des troubles du sommeil de l'enfant entre 1 et 3 mois après la mise sous PPC.
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.

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

Toute prescription initiale d'un traitement par appareil de PPC pour un patient pédiatrique fait l'objet d'un accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.
Le compte rendu de la polygraphie ou de la polysomnographie doit être transmis à l'appui de la demande d'accord préalable.
Le renouvellement ne nécessite pas d'accord préalable du 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.
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 et de la capnographie transcutanée (PtcCO2), à domicile ou en milieu hospitalier.

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. Ce consentement explicite les traitements de données de façon exhaustive en conformité avec les exigences de la CNIL.
Pour bénéficier du télésuivi des données de leur enfant, les parents du patient peuvent donner leur consentement sur le même document.
Le consentement des parents du patient doit également porter sur la possibilité de traitement de ses données de manière anonymisées et agrégées à des fins d'études en conformité avec les exigences de la CNIL.
Le consentement doit être recueilli exclusivement par le prestataire. En effet, en application de l'article 3 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux

libertés, les prestataires, mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, sont les responsables des traitements des données à caractère personnel qu'ils mettent en œuvre en vertu de l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale.

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

Le prescripteur doit préciser :
- 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 et, uniquement pour les patients pédiatriques, de la capnographie transcutanée (PtcCO2), à domicile ou en milieu hospitalier
- 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, une fois toutes les six périodes de 28 jours, pour les patients qui ont accepté que leurs données soient recueillies par le prestataire, mais qui ont refusé le télésuivi,
- 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) spécifiquement 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, avec éventuellement un autre prestataire, en cas de changement temporaire ou définitif de résidence du patient sur le territoire national ; 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 ;
- à partir du 1er janvier 2019, 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

L'objectif de la période initiale, 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 :
- 1 mois après l'initiation du traitement,
- 3 mois après l'initiation du traitement,
- tous les 6 mois ensuite,
- à 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 sur 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 de télésuivi doit être conforme aux normes et directives applicables dont la compatibilité électromagnétique Européenne.
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, au médecin prescripteur et à l'AMO ;
- de la possibilité pour le patient, conformément aux articles 39 et 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, 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 ;
- des modalités d'exercice de ses droits prévus par l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; le patient bénéficie 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.

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.TL2 (1115455) par le forfait 9.TL2-à-associer (1179248) ;
- le forfait 9.TL3 (1192987) par le forfait 9.TL3-à-associer (1129888) ;
- le forfait 9.NT1 (1103446) par le forfait 9.NT1-à-associer (1116911) ;
- le forfait 9.NT2 (1162006) par le forfait 9.NT2-à-associer (1154886) ;
- le forfait 9.NT3 (1124112) par le forfait 9.NT3-à-associer (1151250) ;
- le forfait 9.SRO (1106663) par le forfait 9.SRO-à-associer (1102470) ;
- le forfait 9.PE1 (1119045) par le forfait associant le forfait d'oxygénothérapie ou le forfait d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation avec le forfait 9.PE1 ou par le forfait 9.PE1-à-associer (1168569) en cas d'association d'un forfait d'oxygénothérapie et du forfait d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation avec le forfait 9.PE1 ;
- le forfait 9.PE2 (1108739) par le forfait associant le forfait d'oxygénothérapie ou le forfait d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation avec le forfait 9.PE2 ou par le forfait 9.PE2-à-associer (1192131) en cas d'association d'un forfait d'oxygénothérapie et du forfait d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation avec le forfait 9.PE2.
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

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 13 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 quarante 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.TL2 (1115455), d'un forfait 9.TL3 (1192987), d'un forfait 9.NT1 (1103446), d'un forfait 9.NT2 (1162006), d'un forfait 9.NT3 (1124112), d'un forfait 9.SRO (1106663), d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417), d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686), d'un forfait 9.TL2-à-associer (1179248), d'un forfait 9.TL3-à-associer (1129888), d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911), d'un forfait 9.NT2-à-associer (1154886), d'un forfait 9.NT3-à-associer (1151250) ou d'un forfait 9.SRO-à-associer (1102470) 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 treize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces quarante semaines précédentes. Si la prise en charge a été entre 13 et 40 semaines au titre de ces forfaits, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.TL3 (1192987) pour les quatre premières semaines (28 jours), s'il a accepté d'être télésuivi, au titre du forfait 9.NT3 (1124112) pendant les 24 premières semaines, s'il a accepté le relevé de ses données d'observance mais n'a pas accepté le télésuivi ou le forfait 9.SRO (1106663), s'il n'a pas accepté le relevé de ses données d'observance.
Un nouveau patient pédiatrique (de moins de 16 ans) est pris en charge :
- soit au titre du forfait 9.PE1 (1119045), s'il a moins de six ans ;
- soit au titre du forfait 9.PE2 (1108739), s'il a entre six et seize ans.

VIII.2 Forfait applicable pour un patient télésuivi

A l'issue de la période initiale de 13 semaines, le prestataire applique pour le patient télésuivi, pour les quatre semaines (28 jours) consécutives qui suivent, le forfait 9.TL1 (1187880).
A l'issue de cette période, il applique pour chaque période de quatre semaines (28 jours) consécutives, sans prise en compte de la période d'hospitalisation, le forfait qui résulte de son observance au cours des quatre semaines (28 jours) consécutives qui précédent :
- le forfait 9.TL1 (1187880), si l'observance du patient télésuivi a été supérieure ou égale à 112 heures ;
- le forfait 9.TL2 (1115455), si l'observance du patient télésuivi a été supérieure ou égale à 56 heures et inférieure à 112 heures ;
- le forfait 9.TL3 (1192987), si l'observance du patient télésuivi a été inférieure à 56 heures.

VIII.3 Forfait applicable pour un patient non télésuivi qui a accepté le relevé de ses données d'observance

A l'issue de la période initiale de 13 semaines, le prestataire applique pour le patient non télésuivi, pour les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives qui suivent, le forfait 9.NT1 (1103446).
A l'issue de cette période de 24 semaines consécutives, il applique pour les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives, sans prise en compte de la période d'hospitalisation, le forfait qui résulte de son observance au cours des six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précédent :
- le forfait 9.NT1 (1103446), si l'observance du patient non télésuivi a été supérieure ou égale à 112 heures pendant au moins cinq des six périodes de quatre semaines (28 jours) consécutives ;
- le forfait 9.NT2 (1162006), si l'observance du patient non télésuivi a été supérieure ou égale à 112 heures pendant au moins quatre des six périodes de quatre semaines (28 jours) consécutives ou si elle

a été supérieure à 56 heures pendant au moins cinq des six périodes de quatre semaines (28 jours) consécutives ;
- le forfait 9.NT3 (1124112), dans les autres cas.

VIII.4 Forfait applicable pour un patient non télésuivi qui refuse le relevé de ses données d'observance

A l'issue de la période initiale de 13 semaines, si le patient (ou ses parents pour un patient pédiatrique) refuse explicitement le relevé de ses données d'observance ou s'il n'a pas signé le consentement prévu au I.9 (II.9 pour les patients pédiatriques), le prestataire lui applique le forfait 9.SRO (1106663) pour toutes les semaines qui suivent.
Pour un patient non télésuivi qui décide de revenir, de manière explicite, sur son acceptation du relevé de ses données d'observance en cours de traitement, 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. Dans ce cas, le prestataire lui applique le forfait 9.SRO (1106663) dès la première semaine qui suit son changement de statut.

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

Le changement ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives en cours au moment de sa demande de changement de statut.
S'il accepte que ses données d'observance continuent à être relevées, le prestataire lui applique pour les six périodes de quatre semaines (28 jours) consécutives qui suivent le forfait qui résulte de son observance au cours des quatre dernières semaines (28 jours) pendant lesquelles il a été télésuivi :
- le forfait 9.NT1 (1103446), si l'observance du patient a été supérieure ou égale à 112 heures ;
- le forfait 9.NT2 (1162006), si l'observance du patient a été supérieure ou égale à 56 heures et inférieure à 112 heures ;
- le forfait 9.NT3 (1124112), si l'observance du patient a été inférieure à 56 heures.

VIII.6 Forfait applicable pour un patient télésuivi qui ne souhaite plus être télésuivi et qui ne souhaite plus que ses données d'observance soient relevées

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. Dans ce cas, le prestataire lui applique le forfait 9.SRO (1106663) dès la première semaine qui suit son changement de statut.

VIII.7 Forfait applicable pour un patient non télésuivi qui souhaite être télésuivi

Le changement ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives en cours au moment de sa demande de changement de statut, s'il avait accepté que ses données d'observance soient relevées. Son observance au cours de cette dernière période détermine le forfait que le prestataire lui applique pendant les quatre premières semaines (28 jours) de son nouveau statut :
- le forfait 9.TL1 (1187880), si l'observance du patient a été supérieure ou égale à 112 heures ;
- le forfait 9.TL2 (1115455), si l'observance du patient a été supérieure ou égale à 56 heures et inférieure à 112 heures ;
- le forfait 9.TL3 (1192987), si l'observance du patient a été inférieure à 56 heures.

VIII.8 Forfait applicable pour un patient, ayant refusé le relevé de ses données d'observance, qui revient sur son refus en demandant à être télésuivi

Si le patient avait, jusqu'à sa demande d'être télésuivi, refusé le relevé de ses données d'observance, le changement ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la semaine en cours au moment de sa demande de changement de statut. Pour la première période de quatre semaines (28 jours) consécutives, le prestataire lui applique le forfait 9.TL1 (1187880), sauf si le patient a été pris en charge, au cours des douze derniers mois (52 semaines), au titre de l'un des forfaits suivants : 9.TL1 (1187880), 9.TL2 (1115455), 9.NT1 (1103446) ou 9.NT2 (1162006). Si tel est le cas, pour la première période de quatre semaines (28 jours) consécutives, le prestataire lui applique le forfait 9.TL3 (1192987).

VIII.9 Forfait applicable pour un patient, ayant refusé le relevé de ses données d'observance, qui revient sur son refus en demandant à ne pas être télésuivi

Si le patient avait, jusqu'à son acceptation du relevé de ses données d'observance, refusé ce relevé, le changement ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la semaine en cours au moment de sa demande de changement de statut. Le prestataire lui applique le forfait 9.NT3 (1124112) pendant les 24 semaines suivantes. A l'issue de ces 24 semaines et en fonction de l'observance constatée au cours de ces 24 semaines, le patient bénéficie, au cours des 24 semaines qui suivent, d'une prise en charge au titre de l'un des forfaits 9.NT1 (1103446), 9.NT2 (1162006) ou 9.NT3 (1124112) dans les conditions prévues au VIII.3.

VIII.10 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. De même, la période de 28 jours en cours, ou la période initiale de 13 semaines, se poursuit jusqu'à son terme dans les mêmes conditions. Il n'y a donc pas de modification du forfait de prise en charge.
Néanmoins, 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 et le forfait applicable est celui qui était en cours au moment de l'hospitalisation. De même, une nouvelle période de 28 jours est initiée, si le patient est télésuivi, et déterminera à son issue le forfait applicable : 9.TL1 (1187880), 9.TL2 (1115455) ou 9.TL3 (1192987). Si le patient n'est pas télésuivi et qu'il accepte que ses données d'observance soient recueillies par le prestataire, la prise en charge se poursuit jusqu'au terme des 24 semaines. Pour déterminer le forfait applicable au terme de ces 24 semaines, un calcul du temps d'utilisation de l'appareil de PPC est établi pour les jours d'utilisation sans prise en compte de la période d'hospitalisation. Si la moyenne d'utilisation est :
- supérieure ou égale à quatre heures par jour, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.NT1 (1103446) pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) qui suivent ;
- supérieure ou égale à deux heures et quarante minutes et inférieure à quatre heures par jour, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.NT2 (1162006) pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) qui suivent ;
- inférieure à deux heures et quarante minutes par jour, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.NT3 (1124112) pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) qui suivent.
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 13 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 13 semaines.

VIII.11 Patient pédiatrique qui atteint six ans

Un patient pédiatrique qui atteint six 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 six ans révolus. A partir du début de la semaine suivante, il est pris en charge au titre du forfait 9.PE2 (1108739).
Ce changement ne s'applique pas aux patients pédiatriques qui sont pris en charge au titre du forfait 9.SRO (1106663).

VIII.12 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 treize semaines au cours des quarante semaines qui précédente, pour le nombre de semaines restant pour atteindre treize semaines ; après il est pris en charge comme prévu au VIII.2, au VIII.3 ou VIII.4 selon sa situation ;
- 9.TL1 (1187880) pendant quatre semaines (28 jours) consécutives, s'il est télésuivi ;
- 9.NT1 (1103446) pendant la période qui reste entre le début de sa prise en charge en cours et six mois ou entre six mois et 12 mois, selon que cette dernière a débuté depuis moins de six mois ou plus de six mois au moment de ses seize ans, s'il n'est pas télésuivi mais que ses parents ont accepté que le prestataire relève ses données d'observance ;
- 9.SRO (1106663). Si ses parents ont refusé que le prestataire relève ses données d'observance.

VIII.13 Changement de prestataire

Si le patient télésuivi 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 du nouveau prestataire les données d'observance du patient au cours des trois mois qui précédent pour que ce dernier puisse continuer les prises en charge au titre du forfait adéquat avec les règles qui s'y appliquent.
Si le patient 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 du nouveau prestataire les données d'observance du patient depuis la dernière visite semestrielle obligatoire pour que ce dernier continue les prises en charge au titre du forfait adéquat avec les règles qui s'y appliquent.

VIII.14 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.15 Transmission des données à la caisse d'affiliation des bénéficiaires

Le nombre d'heures d'utilisation effective par segments de 24 heures de l'appareil de PPC par le patient télésuivi est communiqué mensuellement au service médical placé auprès de la caisse d'affiliation du bénéficiaire. Lorsque le patient n'accepte pas le télésuivi mais le simple relevé de son observance à l'occasion de la visite semestrielle du prestataire, cette transmission est faite dans les quinze jours qui suivent le relevé des six périodes de quatre semaines (28 jours) consécutives.
Le prestataire met les données relatives à la durée d'utilisation de l'appareil de PPC par le patient à la disposition du service médical placé auprès des caisses d'AMO dont il relève. Ces données sont rendues accessibles au service médical placé auprès des caisses d'AMO sur un serveur Extranet sécurisé.
Lorsque le prestataire n'est pas en capacité de mettre en œuvre cette solution, la transmission de ces données au service médical placé auprès des caisses d'AMO est effectuée par le prestataire au moyen de supports mobiles sécurisés : CD-Rom ou clés USB, par exemple.
Les modalités pratiques de ces opérations sont définies par accord de l'UNCAM et des syndicats de prestataires dans le cadre des relations conventionnelles qu'ils entretiennent sur la base de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale. La transmission des données est réalisée selon des modalités garantissant l'intégrité et la confidentialité des données.
Dans le respect de la réglementation en vigueur et après autorisation de la CNIL, les prestataires qui le souhaitent peuvent substituer cette transmission par la mise à disposition des données relatives à la durée d'utilisation des patients télésuivis ou qui ont accepté que leur observance soit relevée par le prestataire. Celle-ci est assurée via un accès sécurisé au service médical placé auprès des caisses d'AMO, directement sur le serveur du prestataire stockant ces durées d'utilisation avec mention du régime et de la caisse d'affiliation des bénéficiaires.

VIII.16 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. Les données machine stockées dans cette mémoire doivent être transférées directement et de manière sécurisée 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. Un consentement du patient non-télésuivi est nécessaire pour le transfert de données. En cas de refus de ce consentement, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.SRO (1106663).

- Pour l'ensemble des patients qui ont accepté le relevé de leurs données d'observance

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.

Afin de permettre le contrôle par le service médical placé auprès des caisses d'AMO, pour un patient ou plusieurs patients et pour une ou plusieurs périodes de facturation et de prise en charge, le prestataire doit pouvoir activer un nouvel échange informatisé de données stockées sur le serveur du fabricant selon un protocole défini entre les parties.

Ces données doivent également être consultables par les prestataires sur les applicatifs des fabricants. Les applicatifs des fabricants et/ou les transferts de données réalisés depuis le serveur du fabricant distinguent les patients télésuivis et non télésuivis à des fins de contrôle du service médical placé auprès des caisses d'AMO.

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.

A 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	Prix de cession (télésuivi et non télésuivi) en € TTC	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 service médical placé auprès des caisses d'AMO lors de la première prescription, conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Elle est limitée à 13 semaines. Toutefois, si le patient a été, au cours des 40 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.TL2 (1115455), d'un forfait 9.TL3 (1192987), d'un forfait 9.NT1 (1103446), d'un forfait 9.NT2 (1162006), d'un forfait 9.NT3 (1124112) d'un forfait 9.SRO (1106663), d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417), d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686), d'un forfait 9.TL2-à-associer (1179248), d'un forfait 9.TL3-à-associer (1129888), d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911), d'un forfait 9.NT2-à-associer (1154886), d'un forfait 9.NT3-à-associer (1151250) ou d'un forfait 9.SRO-à-associer (1102470), 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 treize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces quarante semaines précédentes.	-	17,50	17,50	31-12-2027
1187880	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (+ de 112 h), 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 pendant quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient télésuivi : - en relais du forfait 9.INI (1132608), - dont l'observance a été d'au moins 112 heures au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède.	1,20	17,00	17,00	31-12-2027
1115455	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (56 h - 112 h), forfait hebdo 9.TL2. La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.TL2 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pendant quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient télésuivi, dont l'observance a été d'au moins 56 heures et inférieure à 112	1,20	14,50	14,50	31-12-2027

	heures au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède.				
1192987	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (- de 56 h), forfait hebdo 9.TL3. La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.TL3 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pendant quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient télésuivi, dont l'observance a été de moins 56 h au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède.	**1,20**	**5,00**	**5,00**	**31-12-2027**
1103446	PPC, apnée sommeil, patient non télésuivi (bonne observ.), 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, pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives : - en relais du forfait 9.INI (1132608), - dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives précédentes en non télésuivi indiquent une observance d'au moins 112 heures au cours d'au moins cinq de ces six dernières périodes.	**0,40**	**14,00**	**14,00**	**31-12-2027**
1162006	PPC, apnée sommeil, patient non télésuivi (observ. insuf.), forfait hebdo 9.NT2. La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.NT2 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 pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives, dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives précédentes indiquent une observance : - d'au moins 112 heures au cours d'au moins quatre de ces six dernières périodes, ou - supérieure ou égale à 56 heures pendant au moins cinq de ces six dernières périodes.	**0,40**	**11,50**	**11,50**	**31-12-2027**
1124112	PPC, apnée sommeil, patient non télésuivi (non observ.), forfait hebdo 9.NT3. La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.NT3 de prestation de pression positive continue (PPC) est assurée pour un patient non télésuivi qui a accepté le relevé de ses données d'observance, pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives précédentes de non télésuivi indiquent une observance incompatibles avec la prise en charge des forfaits hebdomadaires 9.NT1 (1103446) et 9.NT2 (1162006) de prestation de PPC.	**0,40**	**5,00**	**5,00**	**31-12-2027**
1106663	PPC, apnée sommeil, patient sans relevé d'observance, forfait hebdo 9.SRO. La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.SRO de prestation de pression positive continue (PPC) est assurée : - en relais du forfait 9.INI (1132608), pour un patient qui refuse le relevé de ses données à l'issue de cette phase initiale ; - pour un patient non télésuivi qui après avoir accepté le relevé de ses données d'observance refuse, en cours de traitement, ce relevé ; la prise en charge par ce forfait hebdomadaire 9.SRO de prestation de PPC intervient à l'issue de la semaine au cours de laquelle il a fait sa demande de changement de statut, et dès la première semaine qui suit cette dernière demande ;	**-**	**5,00**	**09,80**	**31-12-2027**

	- pour un patient télésuivi qui ne souhaite plus être télésuivi et qui ne souhaite plus que ses données d'observance soit relevées ; la prise en charge par ce forfait hebdomadaire 9.SRO de prestation de PPC intervient à l'issue de la semaine au cours de laquelle il a fait sa demande de changement de statut, dès la première semaine qui suit cette dernière demande ; - pour un patient pédiatrique dont les parents ont refusé le relevé des données « machine ».				
1119045	PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique - 6 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 six 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.	-	**60,00**	**60,00**	**31-12-2027**
1108739	PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique 6 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 six ans 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.	-	**25,00**	**25,00**	**31-12-2027**
1139266	PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique, capnographie, forfait 9.PCG. La prise en charge du forfait 9.PCG (capnographie transcutanée - PtcCO2) est réservée aux patients de moins de 16 ans, dans la limite de deux par an et par patient, si elle est effectuée au domicile du patient par le prestataire sur prescription du médecin prescripteur du traitement par appareil de PPC. 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.	-	**160,00**	**160,00**	**31-12-2027**

Article 2 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : Jusqu'au 31 décembre 2019, en attendant la création d'au moins un centre hospitalier spécialisé, prévu au II.2, dans chacune des régions, la prescription initiale, pour un patient de six à seize ans, d'un traitement par appareil de PPC peut également être faite dans le cadre d'un réseau constitué conformément à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. Une telle 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.
Article 3 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : Un consentement, non conforme à ceux décrits aux paragraphes I.9 et II.9, signé antérieurement à la publication de la présente nomenclature par un patient, ou ses parents en cas de patient pédiatrique, autorisant le prestataire à entreprendre le télésuivi de son traitement par appareil de PPC reste valide pendant un an. Il est régularisé par signature d'un nouveau consentement conforme.
Article 4 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), les patients dont la prise en charge au titre du forfait 9.4 (1188684) est, à la fin de la semaine en cours, inférieure à 13 semaines, sont pris en charge au titre du forfait 9.INI (1132608) pendant le nombre de semaines restant pour atteindre les 13 semaines, à partir de la semaine suivante.
Article 5 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), les patients dont la prise en charge au titre du forfait 9.4 (1188684) est, à la fin de la semaine en cours, supérieure ou égale à 13 semaines, sont pris en charge au titre du forfait 9.TL1 (1187880) s'ils sont télésuivis, à partir de la semaine suivante.
Article 6 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), les patients qui ont accepté que leurs données d'observance soient relevées, mais qui ne sont pas télésuivis, dont la prise en charge au titre du forfait 9.4 (1188684) est, à la fin de la semaine en cours, supérieure ou égale à 13 semaines et inférieure à 21 semaines, sont pris en charge au titre du forfait 9.NT1 (1103446) à partir de la semaine suivante jusqu'à la fin de la 21e semaine. A l'issue des 21 semaines, la prise en charge s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 6 pour les patients qui étaient pris en charge depuis au moins 21 semaines à la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature, c'est-à-dire que leur prise en charge, au titre de leur nouvelle prescription, est, pour une période de 24 semaines, faite au titre du forfait 9.NT1 (1103446).
Article 7 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), les patients dont la prise en

charge au titre du forfait 9.4 (1188684) est, à la fin de la semaine en cours, supérieure ou égale à 21 semaines, sont pris en charge au titre du forfait 9.NT1 (1103446) s'ils ne sont pas télésuivis, à partir de la semaine suivante. En fonction de la durée de la prescription en cours : - si celle-ci est inférieure à six mois (26 semaines), cette prise en charge est poursuivie pendant les semaines restantes pour atteindre ces 26 semaines ; à leur issue, le prestataire, lors de la visite semestrielle, devra relever les données de l'appareil de PPC sur les 24 semaines consécutives précédentes (168 jours consécutifs) ; en fonction du nombre d'heures pendant lesquelles le patient aura utilisé son appareil de PPC pendant cette période, le patient continuera à être pris en charge au titre du forfait 9.NT1 (1103446), si l'utilisation a été supérieure ou égale à 672 heures, du forfait 9.NT2 (1162006), si l'utilisation a été inférieure à 672 heures mais supérieure ou égale à 448 heures, ou du forfait 9.NT3 (1124112), si l'utilisation a été inférieure à 448 heures ; si le patient refuse ce relevé, il lui est appliqué le forfait 9.SRO (1106663) dès la 27e semaine ; - si celle-ci est supérieure ou égale à six mois (26 semaines), cette prise en charge est poursuivie pendant les semaines restantes jusqu'à la fin de la validité de cette prescription ; à son issue, le prestataire, lors de la visite semestrielle, devra relever les données de l'appareil de PPC sur les 24 semaines consécutives précédentes (168 jours consécutifs) ; si la prescription est renouvelée, en fonction du nombre d'heures pendant lesquelles le patient aura utilisé son appareil de PPC pendant cette période, le patient continuera à être pris en charge au titre du forfait 9.NT1 (1103446), si l'utilisation a été supérieure ou égale à 672 heures, du forfait 9.NT2 (1162006), si l'utilisation a été inférieure à 672 heures mais supérieure ou égale à 448 heures, ou du forfait 9.NT3 (1124112), si l'utilisation a été inférieure à 448 heures ; si le patient refuse ce relevé, il lui est appliqué le forfait 9.SRO (1106663) dès le début de la nouvelle prescription.
Article 8 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A titre dérogatoire des conditions de prise en charge au titre des forfaits 9.NT1 (1103446), 9.NT2 (1162006) et 9.NT3 (1124112), la seconde analyse semestrielle de l'observance du patient, suivant l'entrée en vigueur de la présente nomenclature, se fera dans les mêmes conditions que celles prévues à l' article 6.
Article 9 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : A la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), les patients pédiatriques (moins de 16 ans) pris en charge au titre du forfait 9.4 (1188684) sont, à la fin de la semaine en cours, pris en charge, à partir de la semaine suivante, au titre du forfait 9.PE1 (1119045), s'ils ont moins de six ans, ou au titre du forfait 9.PE2 (1108739), s'ils ont six ans ou plus. Cette prise en charge est limitée à huit semaines pendant lesquelles le prestataire doit obtenir le consentement des parents du patient pour le relevé des données de l'appareil de PPC. La poursuite de la prise en charge, au titre du forfait 9.PE1 (1119045) ou du forfait 9.PE2 (1108739), au-delà de ces huit semaines, est conditionnée à ce consentement. Dans le cas contraire, la poursuite de la prise en charge est effectuée au titre du forfait 9.SRO (1106663).
Article 10 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : Pendant les quarante semaines qui suivent l'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018), le nombre de semaines de prise en charge au titre du forfait 9.4 (1188684) s'ajoute aux forfaits hebdomadaires à prendre en compte au VIII.1 et dans le descriptif du forfait 9.INI (1132608).
Article 11 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : Les règles fixées au début du paragraphe VIII de la présente nomenclature s'appliquent aux articles 3 à 9 ci-dessus.
Article 12 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : La dérogation concernant l'accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO en cas de bonne observance prévue au I.2 de la présente nomenclature n'entre en vigueur qu'à partir du deuxième renouvellement de la prescription suivant l'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018) afin de permettre au service médical placé auprès des caisses d'AMO de vérifier que la prescription correspond aux indications prévues au I.1 de la présente nomenclature.
Article 13 de l'arrêté du 13.12.2017 JO du 16.12.2017 (NOR : SSAS1735167A) : Par dérogation, les fabricants d'appareil de PPC qui ne disposeraient pas à la date d'entrée en vigueur de la présente nomenclature (01.01.2018) de solutions techniques permettant le transfert direct et de manière sécurisée des mémoires internes ou amovibles des appareils de PPC des patients non télésuivis vers le serveur du fabricant ont jusqu'au 31 décembre 2018 pour se mettre en conformité avec les dispositions du VIII.16 de la nomenclature. Dans cet intervalle, pour les appareils de PPC ne permettant pas ce transfert, le prestataire télécharge via les logiciels fabricants les données des mémoires internes ou amovibles des appareils de PPC, dont le format est propriétaire, et les sauvegarde en vue de la facturation et des contrôles du service médical placé auprès des caisses d'AMO. Le prestataire doit être en mesure d'assurer la traçabilité et la correspondance des numéros de série machine par patient et par période de facturation.

Paragraphe 5 : Forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de forfaits de l'insuffisance respiratoire

Sous-paragraphe 1 : Forfaits hebdomadaires correspondants à l'association d'un forfait de l'oxygénothérapie avec un autre forfait de l'insuffisance respiratoire, hors dispositifs médicaux à pression positive continue (PPC)

Code	Nomenclature	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1116880 101D03.01	**FRA-10, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 1.00 poste fixe** Forfait hebdomadaire 10 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 1.00 (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. Le tarif du forfait 10 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,24 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**152,51**	**152,51**	**30-11-2018**
1182612	**FRA-36, ventil assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 1.31 INVACARE PLATINUM 9** Forfait hebdomadaire 36 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 36 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,79 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**163,31**	**163,31**	**15-03-2023**
1164710	FRA-385, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 385 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944) La prise en charge du forfait 385 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1165944. Le tarif du forfait 385 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,79 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**163,31**	**163,31**	**31-08-2024**
1146444 101D03.02	**FRA-11, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 2.00 oxygène liquide** Forfait hebdomadaire 11 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en 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. Le tarif du forfait 11 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**220,85**	**220,85**	**30-11-2018**
1150635	**FRA-30, ventil assistée, trachéotomisés + oxyg OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 30 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 30 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**15-03-2023**
1144468	**FRA-42, ventilation assistée, trachéotomisés + oxyg OLT 2.12 PHILIPS ULTRAFILL**	**180,47**	**180,47**	**01-02-2022**

	Forfait hebdomadaire 42 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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. Le tarif du forfait 42 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1192119	**FRA-112, Ventilation assistée, trachéotomisés + oxyg OLT°2.17 DRIVE DEVILBISS H IFILL** Forfait hebdomadaire 112 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS et un concentrateur, 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. Le tarif du forfait 112 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**175,56**	**175,56**	**15-05-2019**
1195520	**FRA-48, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 2.13 INVACARE SOLO2** Forfait hebdomadaire 48 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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. Le tarif du forfait 48 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**15-09-2022**
1173560	**FRA-49, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 49 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 49 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**180,47**	**180,47**	**15-09-2022**

	d'attribution des codes 1199558 et 1143983. Le tarif du forfait 49 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1119826	**FRA-60, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 60 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.15 (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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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, code 1118324). La prise en charge du forfait 60 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1118324. Le tarif du forfait 60 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**30-11-2022**

1186544	FRA-93, ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.16 INOGEN ONE G2 Forfait hebdomadaire 93 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 93 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1125100. Le tarif du forfait 93 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**01-06-2023**
1107042	**FRA-121, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.19 INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 121 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 121 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1138315. Le tarif du forfait 121 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**01-06-2023**
1167570	**FRA-103, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.18 CAIRE, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 103 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.18 (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 3, 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, 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.	**180,47**	**180,47**	**15-05-2019**

	Le tarif du forfait 103 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			

1180613	FRA-136, ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 136 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 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 1123609). La prise en charge du forfait 136 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1123609. Le tarif du forfait 136 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de **5,54 € TTC**, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**31-05-2020**
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 142 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**30-06-2022**
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 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 148 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**31-05-2020**
1129990	FRA-154, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.23 GCE, ZEN-O	**180,47**	**180,47**	**01-07-2022**

	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 154 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 160 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**01-07-2022**
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 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 356 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**31-10-2022**
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 371 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**180,47**	**180,47**	**15-06-2021**
1173464	FRA-378, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608	**175,56**	**175,56**	**15-04-2024**

	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. Le tarif du forfait 378 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1163980	**FRA-392, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT** Forfait hebdomadaire 392 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 392 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1151942. Le tarif du forfait 392 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**175,56**	**175,56**	**01-03-2025**
1132376	**FRA-399, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5** Forfait hebdomadaire 399 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.29 (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 G5 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 1136227) La prise en charge du forfait 399 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1136227. Le tarif du forfait 399 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**175,56**	**175,56**	**01-06-2023**
1101950 101D03.03	**FRA-12, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno OCT 3.00 court terme** Forfait hebdomadaire 12 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OCT 3.00 (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. Le tarif du forfait 12 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC,	**161,12**	**161,12**	**30-11-2018**

	reversée au patient par le prestataire.			
1151161	**FRA-130, ventilation assistée, trachéotomisés + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée** Forfait hebdomadaire 130 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 130 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1158737. Le tarif du forfait 130 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**161,12**	**161,12**	**30-11-2018**
1175380 101D03.04	**FRA-13, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygéno OLT 1.00 poste fixe** Forfait hebdomadaire 13 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 1.00 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581d'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. Le tarif du forfait 13 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,24 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**100,53**	**100,53**	**30-11-2018**
1125287	**FRA-37, ventil assistée > ou = 12 heures + oxygéno OLT 1.31 INVACARE PLATINUM 9** Forfait hebdomadaire 37 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 37 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,79 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**109,77**	**109,77**	**15-03-2023**
1142558	FRA-386, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 386 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944). La prise en charge du forfait 386 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1165944. Le tarif du forfait 386 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,79 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**109,77**	**109,77**	**31-08-2024**
1122053 101D03.05	**FRA-14, ventil assistée, > ou = 12 heures + oxygéno OLT 2.00 oxygène liquide** Forfait hebdomadaire 14 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en 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. Le tarif du forfait 14 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**164,94**	**164,94**	**30-11-2018**
1151190	**FRA-31, ventil assistée, > ou = 12 heures +OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 31 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1120338).	**125,02**	**125,02**	**15-03-2023**

	La prise en charge du forfait 31 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1120338. Le tarif du forfait 31 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1107763	**FRA-43, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxyg OLT 2.12 PHILIPS ULTRAFILL** Forfait hebdomadaire 43 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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. Le tarif du forfait 43 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**01-02-2022**
1144103	**FRA-113, ventilation assistée, > ou = 12 heures + OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS H. IFILL** Forfait hebdomadaire 113 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS et un concentrateur, 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. Le tarif du forfait 113 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**120,67**	**120,67**	**15-05-2019**
1178540	**FRA-50, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygéno OLT 2.13 INVACARE SOLO2** Forfait hebdomadaire 50 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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). Le tarif du forfait 50 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**15-09-2022**
1177663	**FRA-51, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygéno OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 51 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.14 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus	**125,02**	**125,02**	**15-09-2022**

	d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 51 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1143983. Le tarif du forfait 51 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1145404	**FRA-61, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxyg OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 61 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.15 (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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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, 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. Le tarif du forfait 61 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**30-11-2022**
1100614	**FRA-94, ventilation assistée, > ou = 12 heures + OLT 2.16. INOGEN ONE G2** Forfait hebdomadaire 94 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 94 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1125100. Le tarif du forfait 94 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**01-06-2023**
1108917	**FRA-122, Ventilation assistée, > ou = 12 heures + OLT 2.19. INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 122 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 122 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1138315. Le tarif du forfait 122 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**01-06-2023**
1127607	**FRA-104, Ventilation assistée, > ou=12 heures + OLT 2.18 CAIRE, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 104 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.18 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus	**125,02**	**125,02**	**15-05-2019**

	d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir du concentrateur d'oxygène mobile (transportable) ECLIPSE 3, 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, 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. Le tarif du forfait 104 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1157181	FRA-137, ventilation assist, > ou = 12 heures + OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 137 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 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 1123609). La prise en charge du forfait 137 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1123609. Le tarif du forfait 137 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**31-05-2020**
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 143 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**30-06-2022**
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	**125,02**	**125,02**	**31-05-2020**

	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 149 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1186685. Le tarif du forfait 149 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 155 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**01-07-2022**
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). 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 161 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**01-07-2022**
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 357 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**125,02**	**125,02**	**31-10-2022**
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	**125,02**	**125,02**	**15-06-2021**

	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 372 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 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 379 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**120,76**	**120,76**	**15-04-2024**
1149945	FRA-393, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT Forfait hebdomadaire 393 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 393 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1151942. Le tarif du forfait 393 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**120,67**	**120,67**	**01-03-2025**
1148710	FRA-400, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5 Forfait hebdomadaire 400 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.29 (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 G5 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	**120,67**	**120,67**	**01-06-2023**

	permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 400 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1136227. Le tarif du forfait 400 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,54 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			

Code	Nomenclature	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1166820 101D03.06	**FRA-15, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygéno OCT 3.00 court terme** Forfait hebdomadaire 15 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OCT 3.00 (d'oxxygénothérapie 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. Le tarif du forfait 15 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**116,92**	**116,92**	**30-11-2018**
1160817	**FRA-131, ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée** Forfait hebdomadaire 131 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 131 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1158737. Le tarif du forfait 131 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 3,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**116,92**	**116,92**	**30-11-2018**
1107579 101D03.07	**FRA-16, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 1.00 poste fixe** Forfait hebdomadaire 16 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 1.00 (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. Le tarif du forfait 16 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,04 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**84,46**	**84,46**	**30-11-2018**
1100229	**FRA-38, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 1.31 INVACARE PLATINUM 9** Forfait hebdomadaire 38 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 38 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,59 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**93,39**	**93,39**	**15-03-2023**
1130153	FRA-387, ventilation assist, <12heures + OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 387 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944) La prise en charge du forfait 387 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1165944. Le tarif du forfait 387 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,59 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**93,39**	**93,39**	**31-08-2024**

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1162437 101D03.08	**FRA-17, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.00 oxygène liquide** Forfait hebdomadaire 17 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en 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. Le tarif du forfait 17 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,84 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**147,70**	**147,70**	**30-11-2018**
1130236	**FRA-32, ventilation assistée, < 12 heures + OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 32 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 32 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**15-03-2023**
1103720	**FRA-44, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.12 PHILIPS ULTRAFILL** Forfait hebdomadaire 44 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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. Le tarif du forfait 44 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**01-02-2022**
1126708	**FRA-114, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS H. IFILL** Forfait hebdomadaire 114 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS; et un concentrateur, 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. Le tarif du forfait 114 couvre une participation	**104,10**	**104,10**	**15-05-2019**
1125790	**FRA-52, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.13 INVACARE SOLO2** Forfait hebdomadaire 52 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12	**108,39**	**108,39**	**15-09-2022**

	heures, code 1196270) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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). Le tarif du forfait 52 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1169304	**FRA-53, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 53 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 53 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1143983. Le tarif du forfait 53 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**15-09-2022**
1172967	**FRA-62, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 62 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.15 (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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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, 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. Le tarif du forfait 62 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**108,39**	**108,39**	**30-11-2022**

Code	Nomenclature	Tarif actuel en euros TTC	PLV actuel en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1167890	**FRA-95, ventilation assistée, < 12 heures + oxyg OLT 2.16 INOGEN ONE G2** Forfait hebdomadaire 95 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 95 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1125100. Le tarif du forfait 95 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC,	**108,39**	**108,39**	**01-06-2023**

	reversée au patient par le prestataire.			
1132442	**FRA-123, ventilation assistée, <12heures + oxyg OLT 2.19 INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 123 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 123 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1138315. Le tarif du forfait 123 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**01-06-2023**

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1119134	**FRA-105, ventilation assistée, < 12 heures + OLT 2.18 CAIRE, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 105 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.18 (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 3, 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, 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. Le tarif du forfait 105 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**15-05-2019**

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1171614	FRA-138, ventilation assist, < 12 heures + oxyg OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 138 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 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 1123609). La prise en charge du forfait 138 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**108,39**	**108,39**	**31-05-2020**

	d'attribution des codes 1196270 et 1123609. Le tarif du forfait 138 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 144 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**30-06-2022**
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 150 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**31-05-2020**
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 156 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**01-07-2022**
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).	**108,39**	**108,39**	**01-07-2022**

	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 162 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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. Le tarif du forfait 358 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**31-10-2022**
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 373 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**108,39**	**108,39**	**15-06-2021**
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 380 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**104,10**	**104,10**	**15-04-2024**

1132092	FRA-394, ventilation assistée, <12heures + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT Forfait hebdomadaire 394 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 394 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1151942. Le tarif du forfait 394 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**104,10**	**104,10**	**01-03-2025**
1149632	**FRA-401, ventilation assistée, <12heures + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5** Forfait hebdomadaire 401 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.29 (pour laprise 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 ONEG5 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'uneoxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessairenotamment pendant le sommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 401 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1136227. Le tarif du forfait 401 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 5,34 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**104,10**	**104,10**	**01-06-2023**

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1158329 101D03.09	**FRA-18, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno OCT 3.00 court terme** Forfait hebdomadaire 18 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OCT 3.00 (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. Le tarif du forfait 18 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,84 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**98,86**	**98,86**	**30-11-2018**
1171790	**FRA-132, ventilation assistée, < 12 heures + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée** Forfait hebdomadaire 132 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 132 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1158737. Le tarif du forfait 132 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,84 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**98,86**	**98,86**	**30-11-2018**
1188885 101D03.10	**FRA-19, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno OLT 1.00 poste fixe** Forfait hebdomadaire 19 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 1.00 (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 Le tarif du forfait 19 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,20 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**55,57**	**55,57**	**30-11-2018**
1190161	**FRA-39, hyperinsuffla ou in-exsufflations + oxygéno OLT 1.31 INVACARE PLATINUM 9** Forfait	**64,17**	**64,17**	**15-03-2023**

	hebdomadaire 39 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou in-exsufflations, code 1176480) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 39 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1169310	FRA-388, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 388 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou in-exsufflations, code 1176480) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944) La prise en charge du forfait 388 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1165944. Le tarif du forfait 388 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**64,17**	**64,17**	**31-08-2024**
1145723 101D03.11	**FRA-20, hyperinsuffla ou in-exsufflations + oxygéno OLT 2.00 oxygène liquide** Forfait hebdomadaire 20 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en 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.	**109,40**	**109,40**	**30-11-2018**
1123414	**FRA-33, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 33 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, 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. Le tarif du forfait 33 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**15-03-2023**
1138953	**FRA-45, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxyg OLT 2.12 PHILIPS ULTRAFILL** Forfait hebdomadaire 45 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société Philips France Commercial (PHILIPS) code 1184315).	**79,11**	**79,11**	**01-02-2022**

	La prise en charge du forfait 45 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1184315. Le tarif du forfait 45 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1163879	**FRA-115, hyperinsufflations ou in-exsufflations + OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS H. IFILL** Forfait hebdomadaire 115 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS; et un concentrateur, 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. Le tarif du forfait 115 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**74,84**	**74,84**	**15-05-2019**
1132270	**FRA-54, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno OLT 2.13 INVACARE SOLO2** Forfait hebdomadaire 54 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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. Le tarif du forfait 54 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**15-09-2022**
1112050	**FRA-55, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 55 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 55 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1143983. Le tarif du forfait 55 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**15-09-2022**
1105184	**FRA-63, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxyg OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 63 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.15 (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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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, 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.	**79,11**	**79,11**	**30-11-2022**

	Le tarif du forfait 63 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1126401	**FRA-96, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno OLT 2.16 INOGEN ONE G2** Forfait hebdomadaire 96 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 96 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1125100. Le tarif du forfait 96 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**79,11**	**79,11**	**01-06-2023**
1130176	**FRA-124, hyperinsufflations ou in-exsufflations + OLT 2.19 INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 124 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 124 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1138315. Le tarif du forfait 124 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**01-06-2023**

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1103015	**FRA-106, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.18 CAIRE, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 106 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.18 (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 3, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec	**79,11**	**79,11**	**15-05-2019**

	déambulation de plus d'une heure par jour, 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. Le tarif du forfait 106 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1136144	FRA-139, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 139 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 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 1123609). La prise en charge du forfait 139 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1123609. Le tarif du forfait 139 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**31-05-2020**
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). 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 145 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**30-06-2022**
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 151 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**31-05-2020**
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,	**79,11**	**79,11**	**01-07-2022**

	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 157 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 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 163 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**01-07-2022**
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 359 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**79,11**	**79,11**	**31-10-2022**
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 374 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC,	**79,11**	**79,11**	**15-06-2021**

	reversée au patient par le prestataire.			
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 381 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**74,84**	**74,84**	**15-04-2024**
1166903	**FRA-395, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT** Forfait hebdomadaire 395 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 395 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1151942. Le tarif du forfait 395 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**74,84**	**74,84**	**01-03-2025**
1162704	**FRA-402, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5** Forfait hebdomadaire 402 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.29 (pour la priseen charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'uneheure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), INOGEN ONE G5 dela société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie delongue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notammentpendant le sommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 402 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1136227. Le tarif du forfait 402 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**74,84**	**74,84**	**01-06-2023**
1163951 101D03.12	**FRA-21, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno OCT 3.00 court terme** Forfait hebdomadaire 21 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OCT 3.00 (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.	**57,43**	**57,43**	**30-11-2018**
1123242	**FRA-133, hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée** Forfait hebdomadaire 133 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 133 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1158737.	**57,43**	**57,43**	**30-11-2018**
1167937	**FRA-22, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 1.00 poste fixe**	**84,10**	**84,10**	**30-11-2018**

101D03.13	Forfait hebdomadaire 22 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 1.00 (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. Le tarif du forfait 22 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,20 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1196880	**FRA-40, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 1.31 INVACARE PLATINUM 9** Forfait hebdomadaire 40 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, 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 Le tarif du forfait 40 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**93,81**	**93,81**	**15-03-2023**
1153125	FRA-389, trachéotomie sans ventilation + OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 389 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944) La prise en charge du forfait 389 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1165944. Le tarif du forfait 389 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**93,81**	**93,81**	**31-08-2024**

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1143470 101D03.14	**FRA-23, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.00 oxygène liquide** Forfait hebdomadaire 23 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en 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	**141,94**	**141,94**	**30-11-2018**
1121421	**FRA-34, trachéotomie sans ventilation + oxyg OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 34 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1120338). La prise en charge du forfait 34 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**110,26**	**110,26**	**15-03-2023**

	d'attribution des codes 1133690 et 1120338. Le tarif du forfait 34 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1107800	**FRA-46, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.12 PHILIPS ULTRAFILL** Forfait hebdomadaire 46 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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. Le tarif du forfait 46 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**01-02-2022**
1163916	**FRA-116, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS H. IFILL** Forfait hebdomadaire 116 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/com-presseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS; et un concentrateur, 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. Le tarif du forfait 116 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**105,56**	**105,56**	**15-05-2019**
1161113	**FRA-56, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.13 INVACARE SOLO2** Forfait hebdomadaire 56 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, 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. Le tarif du forfait 56 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**15-09-2022**
1158335	**FRA-57, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 57 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 57 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1143983. Le tarif du forfait 57 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**15-09-2022**
1175440	**FRA-64, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 64 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code	**110,26**	**110,26**	**30-11-2022**

	1133690) et OLT 2.15 (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), SIMPLYGO de la société Philips France Commercial (PHILIPS), 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, 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. Le tarif du forfait 64 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1102464	**FRA-97, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.16. INOGEN ONE G2** Forfait hebdomadaire 97 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 97 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1125100. Le tarif du forfait 97 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**01-06-2023**
1144936	**FRA-125, trachéotomie sans ventilation + oxyg OLT 2.19. INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 125 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 125 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1138315. Le tarif du forfait 125 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**01-06-2023**
1178651	**FRA-107, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OLT 2.18 CAIRE, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 107 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.18 (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 3, 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	**110,26**	**110,26**	**15-05-2019**

	d'une heure par jour, 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. Le tarif du forfait 107 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1114645	FRA-140, trachéotomie sans ventilation + oxyg OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 140 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 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 1123609). La prise en charge du forfait 140 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1123609. Le tarif du forfait 140 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**31-05-2020**
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 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 146 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**30-06-2022**
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 152 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**31-05-2020**
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	**110,26**	**110,26**	**01-07-2022**

	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. Le tarif du forfait 158 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
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 164 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**01-07-2022**
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). 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 360 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**110,26**	**110,26**	**31-10-2022**
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 375 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC,	**110,26**	**110,26**	**15-06-2021**

	reversée au patient par le prestataire.			
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 382 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**105,56**	**105,56**	**15-04-2024**
1114131	FRA-396, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT Forfait hebdomadaire 396 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 396 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1151942. Le tarif du forfait 396 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**105,56**	**105,56**	**01-03-2025**
1164910	FRA-403, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5 Forfait hebdomadaire 403 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.29 (pour la prise en chargede patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure parjour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), INOGEN ONE G5 de la sociétéINOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longuedurée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant lesommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 403 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1136227 Le tarif du forfait 403 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**105,56**	**105,56**	**01-06-2023**
1165938 101D03.15	**FRA-24, trachéotomie sans ventilation + oxygéno OCT 3.00 court terme** Forfait hebdomadaire 24 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OCT 3.00 (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.	**88,18**	**88,18**	**30-11-2018**
1162035	**FRA-134, trachéotomie sans ventilation + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée** Forfait hebdomadaire 134 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 134 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1158737.	**88,18**	**88,18**	**30-11-2018**

Sous-paragraphe 2 : Forfaits hebdomadaires de pression positive continue associés à un forfait hebdomadaire du respiratoire :
- d'oxygénothérapie ;
- et/ou d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations

A. - Patients de plus de 16 ans

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 service médical placé auprès des caisses d'AMO, lors de la première prescription, conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale, 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I. Cette prise en charge est limitée à treize semaines. Toutefois, si le patient a été, au cours des quarante 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.TL2 (1115455), d'un forfait 9.TL3 (1192987), d'un forfait 9.NT1 (1103446), d'un forfait 9.NT2 (1162006), d'un forfait 9.NT3 (1124112), d'un forfait 9.SRO (1106663), d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417), d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686), d'un forfait 9.TL2-à-associer (1179248), d'un forfait 9.TL3-à-associer (1129888), d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911), d'un forfait 9.NT2-à-associer (1154886), d'un forfait 9.NT3-à-associer (1151250) ou d'un forfait 9.SRO-à-associer (1102470), 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 treize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces quarante semaines précédentes.		**9,63**	**9,63**	**31-12-2027**
1152686	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (+ de 112 h), 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 pour un patient télésuivi au titre d'une prestation de PPC : - en relais du forfait 9.INI-à-associer (1142417) ;	**1,20**	**9,35**	**9,35**	**31-12-2027**

	- dont l'observance a été d'au moins 112 heures au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.				
1179248	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (56h-112h), forfait hebdo 9.TL2-à-associer La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.TL2-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée pour un patient télésuivi au titre d'une prestation de PPC dont l'observance a été d'au moins 56 heures et inférieure à 112 heures au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.	**1,20**	**7,98**	**7,98**	**31-12-2027**
1129888	PPC, apnée sommeil, patient télésuivi (- de 56h), forfait hebdo 9.TL3-à-associer La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.TL3-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) associée à un autre forfait du respiratoire est assurée pour un patient télésuivi au titre d'une prestation de PPC dont l'observance a été de moins de 56 heures au cours de la période de quatre semaines (28 jours) consécutives qui précède 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.	**1,20**	**2,75**	**2,75**	**31-12-2027**
1116911	PPC, apnée sommeil, patient non télésui (bonne obs), 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 pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient non télésuivi au titre d'une prestation de PPC qui a accepté le relevé de ses données d'observance pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives : - en relais du forfait 9.INI-à-associer (1142417) ;	**0,40**	**7,70**	**7,70**	**31-12-2027**

	- dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives précédentes en non télésuivi indiquent une observance d'au moins 112 heures au cours d'au moins cinq de ces six dernières périodes 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.				
1154886	PPC, apnée sommeil, patient non télésui (obs insuf), forf hebd 9.NT2-à-associer La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.NT2-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient non télésuivi au titre d'une prestation de PPC qui a accepté le relevé de ses données d'observance pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives précédentes de non télésuivi indiquent une observance : - d'au moins 112 heures au cours d'au moins quatre de ces six dernières périodes ; ou - supérieure ou égale à 56 heures pendant au moins cinq de ces six dernières périodes ; 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.	**0,40**	**6,33**	**6,33**	**31-12-2027**
1151250	PPC, apnée sommeil, patient non télésui (non observ), forf hebd 9.NT3-à-associer La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.NT3-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives pour un patient non télésuivi au titre d'une prestation de PPC qui a accepté le relevé de ses données d'observance pendant six périodes consécutives de quatre semaines (28 jours) consécutives dont le relevé des données d'observance, pendant les six périodes consécutives de quatre	**0,40**	**2,75**	**2,75**	**31-12-2027**

	semaines (28 jours) consécutives précédentes de non télésuivi indiquent une observance incompatibles avec la prise en charge des forfaits hebdomadaires de prestation de PPC 9.NT1-à-associer (1116911) et 9.NT2-à-associer (1154886) 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.				
1102470	PPC, apnée sommeil, patient sans relevé d'observance, forf hebd 9.SRO-à-associer La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.SRO-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée pour un patient au titre de sa prestation de PPC : - en relais du forfait 9.INI-à-associer (1142417), pour un patient qui refuse le relevé de ses données à l'issue de cette phase initiale ; - pour un patient non télésuivi qui après avoir accepté le relevé de ses données d'observance refuse, en cours de traitement, ce relevé ; la prise en charge par ce forfait hebdomadaire 9.SRO-à-associer (1102470) de PPC intervient à l'issue de la semaine au cours de laquelle il a fait sa demande de changement de statut, et dès la première semaine qui suit cette dernière demande ; - pour un patient télésuivi qui ne souhaite plus être télésuivi et qui ne souhaite plus que ses données d'observance soit relevées ; la prise en charge par ce forfait hebdomadaire 9.SRO-asso de prestation de PPC intervient à l'issue de la semaine au cours de laquelle il a fait sa demande de changement de statut, dès la première semaine qui suit cette dernière demande ; - pour un patient pédiatrique dont les parents ont refusé le relevé des données « machine » ; 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 sous-paragraphe 1 du paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.		**2,75**	**5,39**	**31-12-2027**

B. - Patients de moins de 6 ans

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1180524	FRA-174, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygéno OLT 1.00 poste fixe Forfait hebdomadaire 174 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le	**95,68**	**95,68**	**30-12-2019**

	traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 1.00 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 174 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1136581. Le tarif du forfait 174 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,20 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1194064	FRA-184, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 1.31 INV PLATINUM 9 Forfait hebdomadaire 184 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1148130). La prise en charge du forfait 184 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1148130. Le tarif du forfait 184 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**105,98**	**105,98**	**15-03-2018**
1183528	FRA-390, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 390 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944). La prise en charge du forfait 390 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1165944. Le tarif du forfait 390 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**105,98**	**105,98**	**31-08-2024**
1125620	FRA-194, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygéno OLT 2.00 oxy liquide Forfait hebdomadaire 194 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 194 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1130220.	**151,04**	**151,04**	**30-12-2019**
1179633	FRA-204, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygé OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II Forfait hebdomadaire 204 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1120338). La prise en charge du forfait 204 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1120338. Le tarif du forfait 204 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-03-2018**

1171761	FRA-214, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygéno OLT 2.12 ULTRAFILL Forfait hebdomadaire 214 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société PHILIPS France, code 1184315). La prise en charge du forfait 214 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1184315. Le tarif du forfait 214 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**01-04-2022**
1156767	**FRA-224, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS IFILL** Forfait hebdomadaire 224 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société SAS F DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE rance et un concentrateur, code 1133430). La prise en charge du forfait 224 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1133430. Le tarif du forfait 224 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-05-2019**
1131595	FRA-234, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.13 INVACARE, SOLO2 Forfait hebdomadaire 234 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER 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, code 1191568). La prise en charge du forfait 234 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1191568. Le tarif du forfait 234 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-09-2022**
1160645	FRA-244, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.14 INVACARE XPO2 Forfait hebdomadaire 244 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 244 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1143983. Le tarif du forfait 244 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-09-2022**
1116450	FRA-254, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE Forfait hebdomadaire 254 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, du code 1119045) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec	**123,31**	**123,31**	**01-07-2022**

	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, 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 254 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1149106. Le tarif du forfait 254 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1147567	FRA-264, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO Forfait hebdomadaire 264 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.15 (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) SIMPLYGO 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, code 1118324). La prise en charge du forfait 264 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1118324. Le tarif du forfait 264 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**30-11-2022**
1157637	FRA-274, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI Forfait hebdomadaire 274 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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, code 1174133). La prise en charge du forfait 274 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1174133. Le tarif du forfait 274 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**30-06-2022**
1166300	FRA-284, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.16 INOGEN, INOGEN ONE G2 Forfait hebdomadaire 284 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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	**123,31**	**123,31**	**01-06-2023**

	continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1125100). La prise en charge du forfait 284 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1125100. Le tarif du forfait 284 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1130970	FRA-294, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.19 INOGEN, INOGEN ONE G3 Forfait hebdomadaire 294 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 294 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1138315. Le tarif du forfait 294 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**01-06-2023**
1145002	FRA-376, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4 Forfait hebdomadaire 376 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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 (portable), 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 376 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1105528. Le tarif du forfait 376 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-06-2021**
1111339	FRA-304, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.18 CAIRE ECLIPSE 3 Forfait hebdomadaire 304 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.18 (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 3 de la société CAIRE, 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, code 1116680). La prise en charge du forfait 304 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1116680. Le tarif du forfait 304 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**15-05-2019**
1100867	FRA-369, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5 Forfait hebdomadaire 369 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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 du concentrateur d'oxygène mobile (transportable) ECLIPSE 5 de la société CAIRE, 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, code 1105416). La prise en charge du forfait 369 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**123,31**	**123,31**	**31-10-2022**

	d'attribution des codes 1119045 et 1105416. Le tarif du forfait 369 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1179350	FRA-314, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 314 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX de la société RESMED, 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 1123609). La prise en charge du forfait 314 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1123609. Le tarif du forfait 314 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**31-05-2020**
1111233	FRA-324, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L Forfait hebdomadaire 324 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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 de la société RESMED, 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 324 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1186685. Le tarif du forfait 324 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**31-05-2020**
1125531	FRA-334, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxyg OLT 2.23 GCE, ZEN-O Forfait hebdomadaire 334 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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 ou transportable), 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 334 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1103297. Le tarif du forfait 334 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**123,31**	**123,31**	**01-07-2022**

1107958	FRA-383, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608 Forfait hebdomadaire 383 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) 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 383 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1119789. Le tarif du forfait 383 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**118,37**	**118,37**	**15-04-2024**
1158200	FRA-397, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT Forfait hebdomadaire 397 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 397 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1151942. Le tarif du forfait 397 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**118,37**	**118,37**	**01-03-2025**
1142707	FRA-404, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5 Forfait hebdomadaire 404 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code1119045) et OLT 2.29 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue duréequotidienne 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 G5 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concernedes patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurerun débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 404 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1136227. Le tarif du forfait 404 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**118,37**	**118,37**	**01-06-2023**
1181080	FRA-344, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygéno OCT 3.00 court terme Forfait hebdomadaire 344 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, du code 1119045) et OCT 3.00 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 344 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1128104.	**92,96**	**92,96**	**30-12-2019**
1110080	FRA-354, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée Forfait hebdomadaire 354 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 354 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1158737.	**92,96**	**92,96**	**30-12-2019**
1163460	FRA-363, PPC apnée sommeil, 9.PE1 + hyperinsufflations ou in-exsufflations	**73,75**	**73,75**	**30-12-2019**

	Forfait hebdomadaire 363 du respiratoire associant les forfaits 9.PE1 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1119045) et 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480). La prise en charge du forfait 363 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1119045 et 1176480.			
1168569	PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique - 6 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 forfait associé du respiratoire est assurée pour un patient de moins de 6 ans qui au titre de sa prestation de PPC bénéficie au cours de la semaine considérée d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (code 1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au sous-paragraphe 1 du 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.	**50,00**	**50,00**	**31-12-2027**

C. - Patients de 6 ans à 16 ans

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1199742	FRA-175, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygéno OLT 1.00 poste fixe Forfait hebdomadaire 175 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 1.00 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 175 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1136581. Le tarif du forfait 175 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,20 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**64,50**	**64,50**	**30-12-2019**
1173174	FRA-185, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 1.31 INV PLATINUM 9 Forfait hebdomadaire 185 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 1.31 (pour la prise en charge des patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe INVACARE PLATINUM 9 de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1148130). La prise en charge du forfait 185 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1148130. Le tarif du forfait 185 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**74,48**	**74,48**	**15-03-2018**
1198010	FRA-391, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 1.32, DRIVE DEVILBISS, 1025 KS Forfait hebdomadaire 391 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 1.32 (pour la prise en charge des patients répondant	**74,48**	**74,48**	**31-08-2024**

	aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne sans déambulation ou avec déambulation de moins d'une heure par jour, avec un concentrateur en poste fixe 1025 KS de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France, code 1165944). La prise en charge du forfait 391 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1165944. Le tarif du forfait 391 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,75 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1126571	FRA-195, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygéno OLT 2.00 oxy liquide Forfait hebdomadaire 195 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.00 (d'oxygénothérapie à long terme en oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 195 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1130220.	**120,22**	**120,22**	**30-12-2019**
1102731	**FRA-205, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygé OLT 2.11 INVACARE HOMEFILL II** Forfait hebdomadaire 205 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.11 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, INVACARE HOMEFILL II de la société INVACARE POIRIER SAS, code 1120338). La prise en charge du forfait 205 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1120338. Le tarif du forfait 205 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**15-03-2018**
1151907	**FRA-215, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygéno OLT 2.12 ULTRAFILL** Forfait hebdomadaire 215 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.12 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un extracteur et un compresseur, ULTRAFILL de la société PHILIPS France, code 1184315). La prise en charge du forfait 215 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1184315. Le tarif du forfait 215 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**01-04-2022**
1126720	**FRA-225, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.17 DRIVE DEVILBISS IFILL** Forfait hebdomadaire 225 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.17 (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, avec un système de remplissage de bouteilles grâce à un concentrateur/compresseur, IFILL de la société DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE France SAS et un concentrateur, code 1133430). La prise en charge du forfait 225 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1133430. Le tarif du forfait 225 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**86,86**	**86,86**	**15-05-2019**
1115538	**FRA-235, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.13 INVACARE, SOLO2** Forfait hebdomadaire 235 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.13 (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) INVACARE SOLO2 de la société INVACARE POIRIER SAS,	**91,81**	**91,81**	**15-09-2022**

	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, code 1191568). La prise en charge du forfait 235 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1191568. Le tarif du forfait 235 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1120137	**FRA-245, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.14 INVACARE XPO2** Forfait hebdomadaire 245 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.14 (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) INVACARE XPO2 de la société INVACARE POIRIER 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 1143983). La prise en charge du forfait 245 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1143983. Le tarif du forfait 245 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**15-09-2022**
1158832	FRA-255, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE Forfait hebdomadaire 255 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, du code 1108739) et OLT 2.24 (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) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE POIRIER 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 255 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1149106. Le tarif du forfait 255 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**01-07-2022**
1149833	FRA-265, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.15 PHILIPS SIMPLYGO Forfait hebdomadaire 265 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.15 (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) SIMPLYGO 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, code 1118324). La prise en charge du forfait 265 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**91,81**	**91,81**	**30-11-2022**

	d'attribution des codes 1108739 et 1118324. Le tarif du forfait 265 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1183623	FRA-275, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI Forfait hebdomadaire 275 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) 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, code 1174133). La prise en charge du forfait 275 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1174133. Le tarif du forfait 275 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**30-06-2022**
1138634	FRA-285, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.16 INOGEN, INOGEN ONE G2 Forfait hebdomadaire 285 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.16 (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), INOGEN ONE G2 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 1125100). La prise en charge du forfait 285 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1125100. Le tarif du forfait 285 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**01-06-2023**
1183327	FRA-295, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.19 INOGEN, INOGEN ONE G3 Forfait hebdomadaire 295 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et 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 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 1138315). La prise en charge du forfait 295 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1138315. Le tarif du forfait 295 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**01-06-2023**
1154290	FRA-377, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4 Forfait hebdomadaire 377 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) 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 (portable), 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 377 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques	**91,81**	**91,81**	**15-06-2021**

	d'attribution des codes 1108739 et 1105528. Le tarif du forfait 377 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1166116	FRA-305, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.18 CAIRE ECLIPSE 3 Forfait hebdomadaire 305 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.18 (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 3 de la société CAIRE, 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, code 1116680). La prise en charge du forfait 305 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1116680. Le tarif du forfait 305 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**15-05-2019**
1114310	FRA-370, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5 Forfait hebdomadaire 370 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) 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 du concentrateur d'oxygène mobile (transportable) ECLIPSE 5 de la société CAIRE, 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, code 1105416). La prise en charge du forfait 370 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1105416. Le tarif du forfait 370 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**31-10-2022**
1137818	FRA-315, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.20 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX Forfait hebdomadaire 315 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et 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 d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX de la société RESMED, 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 1123609). La prise en charge du forfait 315 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1123609. Le tarif du forfait 315 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**31-05-2020**
1164531	FRA-325, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L Forfait hebdomadaire 325 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant	**91,81**	**91,81**	**31-05-2020**

	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 de la société RESMED, 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 325 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1186685. Le tarif du forfait 325 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1148070	FRA-335, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxyg OLT 2.23 GCE, ZEN-O Forfait hebdomadaire 335 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) 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 ou transportable), 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 335 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1103297. Le tarif du forfait 335 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**91,81**	**91,81**	**01-07-2022**
1134464	FRA-384, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608 Forfait hebdomadaire 384 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) 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 384 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1119789. Le tarif du forfait 384 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire	**86,86**	**86,86**	**15-04-2024**
1128601	FRA-398, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + OLT 2.28 CAIRE FREESTYLE COMFORT Forfait hebdomadaire 398 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et OLT 2.28 (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), FREESTYLE COMFORT de la société CAIRE, 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 1151942). La prise en charge du forfait 398 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1151942. Le tarif du forfait 398 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.	**86,86**	**86,86**	**01-03-2025**
1113284	FRA-405, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + OLT 2.29 INOGEN, INOGEN ONE G5 Forfait hebdomadaire 405 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code1108739) et OLT 2.29 (pour la prise en charge de patient répondant	**86,86**	**86,86**	**01-06-2023**

	aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue duréequotidienne 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 G5 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concernedes patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurerun débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1136227). La prise en charge du forfait 405 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1136227. Le tarif du forfait 405 couvre une participation à la consommation d'électricité à raison de 2,50 € TTC, reversée au patient par le prestataire.			
1141116	FRA-345, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygéno OCT 3.00 court terme Forfait hebdomadaire 345 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, du code 1108739) et OCT 3.00 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 345 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1128104.	**61,81**	**61,81**	**30-12-2019**
1181311	FRA-355, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + oxygéno ODYSP 3.30 dyspnée Forfait hebdomadaire 355 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et ODYSP 3.30 (pour la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie par oxygénothérapie, code 1158737). La prise en charge du forfait 355 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1158737.	**61,81**	**61,81**	**30-12-2019**
1107272	FRA-364, PPC apnée sommeil, 9.PE2 + hyperinsufflations ou in-exsufflations Forfait hebdomadaire 364 du respiratoire associant les forfaits 9.PE2 (pression positive continue pour le traitement de l'apnée sommeil, code 1108739) et 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480). La prise en charge du forfait 364 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1108739 et 1176480.	**38,75**	**38,75**	**30-12-2019**
1192131	PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique 6 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 forfait associé du respiratoire est assurée pour un patient de de 6 à 16 ans qui au titre de sa prestation de PPC bénéficie au cours de la semaine considérée d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (code 1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au sous-paragraphe 1 du 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.	**20,00**	**20,00**	**31-12-2027**

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

Paragraphe 1 : Aspirateurs trachéaux et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	La fourniture des sondes ainsi que le renouvellement des flacons et des tubulures sont compris dans la location.		
1149514 101C06.1	Aspirateur trachéal, location hebdomadaire inférieure ou égale à 65 semaines. Location hebdomadaire pendant la première période jusqu'à la 65° semaine.	**20,15**	**31-07-2020**
1106485 101C06.2	Aspirateur trachéal, location hebdomadaire supérieure à 65 semaines. Location hebdomadaire pendant la deuxième période au-delà de la 65° semaine.	**15,27**	**31-07-2020**
1102375 101C01.2	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.	**17,68**	**31-07-2020**

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

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	TARIF en € TTC	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
	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 assuré qu'au-delà d'un délai minimal de six mois par rapport à la prise en charge précédente.				
1134783 103C04.11	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.	**9,53**	**14,30**	**14,30**	**31-07-2020**
1128423 103C04.12	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.	**9,53**	**14,30**	**14,30**	**31-07-2020**
1179308 103C04.2	Chambre d'inhalation, respiratoire, valve de rechange. Le lot de valve inspiratoire et expiratoire de rechange pour chambre d'inhalation.			**5,03**	**31-07-2020**
1179596 103C04.3	Chambre d'inhalation, respiratoire, masque avec ou sans embout. Le masque avec ou sans embout, ou l'embout de rechange pour chambre d'inhalation.			**6,86**	**31-07-2020**

Paragraphe 3 : Débitmètre de pointe

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	Date de fin de prise en charge
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.	**22,87**	**31-07-2020**

NB : Arrêté du 18-10-2004 (JO du 29-10-2004) Article 4. – Les étiquettes, sous forme de code-barres, apposées sur les conditionnements de débitmètres de pointe antérieurement à la date de parution au Journal officiel du présent arrêté pourront continuer à être transmises aux organismes de prise en charge pendant six mois à compter de cette date.

Paragraphe 4 : Spiromètres

Spiromètre électronique portable, location trimestrielle.
La prise en charge est assurée pour la surveillance à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires.
Le spiromètre mesure les trois variables suivantes :
- le volume expiratoire maximal seconde (VEMS),
- la capacité vitale (CV),
- le débit expiratoire maximal de 25 % à 75 % de la capacité vitale (DEM 25-75).
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 euros TTC	Prix limite de vente en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1140039 101C13.1	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirodoc	RDSM	**27,44**		**01-07-2004**
1183540 101C13.1	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirotel	RDSM	**27,44**		**16-08-2009**
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)	**27,44**	**27,44**	**31-01-2024**

Paragraphe 5 : Dispositifs médicaux pour laryngectomisés

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1160958 103F01	Filtre respiratoire pour laryngectomisés, la paire. Ce filtre est constitué de seize épaisseurs de tulle polyester.	**22,00**	**31-07-2020**
1183267 103P03	Protection trachéale pour laryngectomisés avec col officier	**1,13**	**31-07-2020**

Section 2. – Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile

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

La perfusion à domicile permet l'administration de médicaments (dont le sérum salé ou glucidique plus ou moins complété en électrolytes) dans l'organisme d'un patient, par injection lente et prolongée, continue ou discontinue. Dans le cadre de la prise en charge par l'assurance maladie de la perfusion à domicile, une perfusion s'entend comme une préparation d'une ou

plusieurs molécules (si miscibles et compatibles entre elles) diluées dans un solvant et contenues dans un dispositif d'administration relié à une tubulure (poche/ flacon/ seringue ou diffuseur ou cassette ou accessoire de pompe). La perfusion simultanée de la solution ainsi préparée via plusieurs modes d'administration et une tubulure au même point d'injection ne peut donner lieu à la prise en charge de plus d'une perfusion, quelle que soit la temporalité des perfusions. La perfusion simultanée (cf. dont le début et la fin de perfusion sont simultanés) de la solution ainsi préparée via un mode d'administration et une tubulure vers plusieurs points d'injection ne peut donner lieu à la prise en charge de plus d'une perfusion, à l'exception des prises en charge des consommables correspondant aux codes PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC relatives aux traitements par immunoglobuline.
Par exception, si les produits ne sont ni miscibles, ni compatibles, les perfusions simultanées de plusieurs solutions différentes, ainsi préparées, par des modes d'administration différents et des tubulures distinctes, peut donner lieu à la prise en charge d'autant de perfusions, dans les limites définies à la sous-partie a) du II. 3 de la présente sous-section.
Les transfusions de produits sanguins labiles (PSL) réalisées au sein des Etablissements de Transfusion Sanguine (ETS) sont également concernées.
La perfusion à domicile peut être réalisée par voie veineuse (avec abord central ou périphérique), sous cutanée ou péri nerveuse, selon trois modes d'administration : gravité, diffuseur, ou système actif (pompe ou pousse-seringue) électrique, dans le respect des recommandations de bonne pratique ou avis de la Haute autorité de santé (HAS).
Aucune prestation relevant de la nutrition parentérale à domicile (qui concerne les mélanges nutritifs associant au minimum des glucides et des protéines plus ou moins complémentés de lipides d'électrolytes de vitamines, et d'oligo-éléments, ainsi que les opérations rinçage), n ' est prise en charge dans le cadre de la perfusion à domicile. Ces dernières relèvent des prestations décrites à la sous-section 4 de la section 5 du chapitre 1er du titre Ier « Prestations pour nutrition parentérale à domicile ».
La prise en charge de l'insulinothérapie relève des prises en charge décrites à la sous-section 2 « Dispositifs médicaux pour l'insulinothérapie ».
Les injections intraveineuses ou sous-cutanées directes d'une durée inférieure à 15 minutes ne sont pas des perfusions et sont, dès lors, exclues du champ de la présente sous-section.
Dans le cadre de cette sous-section, il faut entendre que :
-le terme traitement désigne l'ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie ou un symptôme ;
-le traitement peut notamment compter un ou des produits à perfuser ;
-un produit est perfusé dans le cadre d'une cure dont les séances peuvent être, multi-journalières, journalières ou de fréquences plus espacées. La ou les cures sont de nature (s) continue (s) ou discontinue (s) dans le temps.
I. Conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile
I. 1 Indications
L'approche par pathologie n'est pas adaptée à la définition des patients pouvant bénéficier de dispositifs médicaux pour perfusion à domicile. Les indications sont celles des produits injectables concernés.
Les prestations de perfusion à domicile sont ainsi indiquées pour l'administration de tout médicament ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le respect de ces conditions de prise en charge définies :
-sur la liste des médicaments remboursables aux titres des listes ville ou rétrocession respectivement mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L 162-17 du code de la sécurité sociale (dont les médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation-ATU) ;
-au titre de la prise en charge dérogatoire prévue à l'article L 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale si cette spécialité bénéficie d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU).
Relèvent également du présent paragraphe les transfusions, réalisées au sein des ETS, de produits sanguins labiles mentionnés au 1° de l'article L1221-8 du code de la santé publique.
L'indication des prestations de perfusion est également soumise au respect des règles de prescription indiquées ci-dessous au point I. 2
La prise en charge de perfusions de médicaments de la réserve hospitalière non rétrocédables est interdite au titre de la présente sous-section.
I. 2 Qualité du prescripteur et modalités de prescription
Conformément à l'article R 5121-77 du code de la santé publique, la prise en charge des perfusions à domicile s'effectue sous réserve du respect d'une éventuelle règle de prescription restreinte du médicament administré définie par l'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation (AI) de ce dernier : prescription hospitalière, prescription initiale hospitalière, prescription réservée à certains médecins spécialistes.
La prescription par le médecin de la ou des cure (s) comprend deux ordonnances remises au patient ou à son entourage :
-une ordonnance en quatre exemplaires individuellement signés du prescripteur, de contenu identique à l'exception de la mention de leur destinataire final ou de leur objet (le patient ou de son entourage, le pharmacien d'officine ou hospitalier, le prestataire ou le pharmacien d'officine, et l'infirmier libéral en charge de la perfusion (pour son information)), pour :
-le (s) produit (s) à perfuser, à l'attention d'un pharmacien d'officine ou hospitalier ;
-la ou les prestation (s) et les dispositifs médicaux, à l'attention d'un prestataire ou d'un pharmacien d'officine, qui précise, pour chaque cure de produit à perfuser :
-le ou les mode (s) d'administration de la ou des perfusions, le caractère ambulatoire ou non de ce (s) mode (s) d'administration et leur mode d'installation (initiation en établissement de santé ou à domicile, remplissage à domicile ou en établissement de santé), la ou les voies d'abord concernées ;
-les éléments permettant de déduire le forfait de suivi de la perfusion à domicile pris en charge chaque semaine et, quand il y a lieu, l'entretien intercure de la voie centrale. Sont indiqués pour chaque cure : le (s) mode (s) d'administration de la (ou des) perfusion (s), leur nombre et leur fréquence par jour ou par semaine, la durée de la cure et les périodes sur lesquelles se déroulent les séances si elles sont espacées. Sont également déduits de ces informations le ou les types de forfaits de consommables et accessoires, composé (s) du ou des ensemble (s) de produits (sets) nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité des dispositifs et de la voie d'abord comprenant les accessoires de branchement et de débranchement à la voie d'abord ;
-une ordonnance pour l'acte infirmier (pour le branchement, débranchement de la ou des perfusion (s), la surveillance et, si besoin, l'entretien de la voie d'abord) indiquant la durée de la ou des cure (s), en double exemplaires individuellement signés à destination finale du patient et de l'infirmier libéral.
S'il y a plusieurs produits à perfuser, dans le cadre de l'objectif de limitation du nombre de perfusion (s), le prescripteur indique ceux qui doivent être préparés et administrés séparément.
Au vu de la prescription, le prestataire ou le pharmacien d'officine détermine, en concertation avec l'infirmier libéral qui assurera les soins, les consommables et accessoires nécessaires à la perfusion. Si nécessaire, il est fait appel au médecin prescripteur en vue d'obtenir des précisions sur la prescription.
Dans toute la mesure du possible et dans le respect des capacités de mobilité du patient, dans le cas où plusieurs modes d'administrations peuvent convenir pour la perfusion d'un produit,

le prescripteur choisit le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique, et le diffuseur avant le système actif électrique.
Une perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes. D'une manière générale une perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes, à l'exception de cas particuliers, justifiés par la nature des produits à perfuser, la nécessité d'un débit spécifique ou une succession de perfusions. Dans l'hypothèse où il serait dérogé à cette durée minimale de 60 minutes pour une perfusion par système actif électrique, le médecin prescripteur en avertit, par courrier justificatif, le médecin conseil de l'assurance maladie.
Le patient a le libre choix de son prestataire, de son infirmier libéral, de son médecin traitant et de son pharmacien d'officine.
Un modèle de prescription relatif aux produits à perfuser, dispositifs médicaux et prestation de perfusion à domicile est annexé à cet arrêté.
Dans la mesure où ils ne sont pas couverts par la prescription médicale, un infirmier, à l'exception de l'infirmier du prestataire ou d'un infirmier ayant des liens d'intérêt directs ou indirects avec le prestataire, peut prescrire les forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile suivant :
-l'entretien intercure de perfusion à domicile par voie veineuse centrale, hors cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line), PERFADOM21-ENTRETIEN-VC-SF-PICC ;
-l'entretien intercure d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line), PERFADOM22-ENTRETIEN-VC-PICC-LINE ;
-le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur préalablement fourni rempli, posé par l'établissement de santé et fourni par ce même établissement, PERFADOM24-DEBRANCH-DIFF. D
Dans ces cas, son ordonnance est remise au patient ou à son entourage.

I. 3 Conditions de prise en charge

Pour être pris en charge, un forfait de perfusion à domicile doit remplir les conditions suivantes :
-une consultation médicale ;
-une information du malade concernant les modalités de la cure et son déroulement par le médecin prescripteur et/ ou le médecin traitant et/ ou l'infirmier libéral ;
-une information sur le service et le matériel fourni, soit de l'infirmier du prestataire, soit du pharmacien d'officine ou soit d'un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, en concertation avec l'infirmier libéral ;
-le respect de la réglementation en vigueur, notamment s'agissant de :
-la prescription de produits sanguins labiles et leur surveillance ;
-la prescription du médicament et, conformément à l'article R5121-77 du code de la santé publique, la surveillance qu'il peut nécessiter, doivent être conformes à son AMM, son ATU, sa RTU ou son AI.

1.4 Modalités de prise en charge

Le jour de la première perfusion marque la date de référence (J) de prise-en-charge des forfaits liés à la ou aux cure (s), cette prise-en-charge s'opérant ce jour J pour le forfait d'installation (avec un risque potentiel de modification si une installation de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale plus coûteuse est engagée dans les 3 jours suivants-voir ci-dessous), et sur un rythme hebdomadaire à terme échu (à compter de J + 6) en ce qui concerne le forfait de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires. La prise-en-charge vise le moindre coût de prise en charge dans le respect des règles énoncées dans la présente sous-section.
Toute semaine de perfusion à domicile initiée et suspendue est due :
-dans le cas du décès du patient au cours d'une cure hebdomadaire de perfusion à domicile, le forfait de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires qui étaient prescrits pour l'ensemble de la cure hebdomadaire en cours avant le décès sont pris-en-charge à terme échu de cette cure de perfusion hebdomadaire ;
-dans le cas d'une entrée du patient en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) au cours d'une cure hebdomadaire de perfusion à domicile, le forfait de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires qui étaient prescrits pour l'ensemble de la cure hebdomadaire en cours avant l'entrée en EHPAD sont pris-en-charge à terme échu de cette cure de perfusion hebdomadaire ;
-dans le cas d'une hospitalisation du patient au cours d'une cure hebdomadaire de perfusion à domicile, les prise-en-charges du forfait de suivi et du (ou des) forfait (s) de consommables et d'accessoires sont suspendues pendant la période allant du jour de son hospitalisation jusqu'à la veille du jour de son retour à domicile. La durée maximale de la suspension des prise-en-charges de la perfusion à domicile pour hospitalisation est de 28 jours. Les modalités de prise-en-charge de la cure en cours au moment de cette hospitalisation sont fonction des critères suivant :
-si la durée de l'hospitalisation n'excède pas 28 jours et que le traitement de perfusion à domicile reprend au retour au domicile : à partir du jour de ce retour, la semaine en cours au moment de son hospitalisation se continue jusqu'au terme des sept jours tant en ce qui concerne le forfait de suivi que de celui (ou ceux) qui est (sont) relatif (s) aux consommables et aux accessoires. Il n'y a donc pas de modification des forfaits de prise en charge. Par contre, dans le cas d'une modification de la cure de perfusion à domicile au retour au domicile pour la période complémentaire, ces deux types de forfaits sont adaptés à la cure de perfusion effectivement réalisée durant la période de 7 jours prise en compte au domicile avant et après le

séjour en établissement. De même, dans le cas où un nouveau mode d'administration de la perfusion à domicile est installé, ses conditions de prises en charge sont celles qui sont définies au point II. 1. de la présente sous-section (l'appréciation des délais entre deux installations est basée sur les jours calendaires) ;
-si la durée de l'hospitalisation n'excède pas 28 jours et que le traitement de perfusion à domicile ne reprend pas au retour au domicile : le forfait de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires qui étaient prescrits pour l'ensemble de la cure hebdomadaire en cours avant le départ en établissement sont pris-en-charge ;
-en cas de décès du patient intervenant dans les 28 premiers jours de son hospitalisation, le forfait hebdomadaire de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires qui étaient prescrits pour l'ensemble de la cure hebdomadaire en cours avant le départ en établissement sont pris en charge ;
-si la durée de l'hospitalisation excède 28 jours, la semaine en cours est close. Le forfait de suivi et le (ou les) forfait (s) de consommables et d'accessoires sont alors pris en charge en totalité. Cette clôture de prise-en-charge peut s'effectuer à compter du 29ème jour de prise en charge au sein de l'établissement de santé. À partir du jour du retour au domicile du patient, une nouvelle semaine débute et les forfaits applicables dépendent de la prescription (modifiée ou non).
-dans le cas d'un changement de domicile ou de l'entrée du patient dans un autre type d'établissements que ceux décrits ci-dessus au cours d'une cure hebdomadaire de perfusion à domicile, les prestations du forfait de suivi et du (ou des) forfait (s) de consommables et d'accessoires en cours sont poursuivies dans toute la mesure du possible :
-dans le cas où la prolongation du traitement est assurée par le même prestataire ou pharmacien, la prise en charge du forfait de suivi et du (ou des) forfait (s) de consommables et d'accessoires qui étaient prescrits avant le changement de situation du patient pour l'ensemble de la cure hebdomadaire en cours se poursuit selon les modalités antérieures à ce changement.
-dans le cas où la prolongation du traitement est assurée par un nouveau prestataire ou pharmacien, la prise en charge des forfaits délivrés par ce dernier, après le changement de situation du patient, n'intervient qu'à compter de l'échéance de la période hebdomadaire antérieure à ce changement.
Les règles relatives aux possibilités de cumul, ou non, des forfaits d'installation et de choix du ou des forfaits à prendre en charge sont présentées au sein des parties concernées du point II. 1.
Les règles relatives au choix du forfait de suivi pris en charge sont présentées au sein des parties concernées du point II. 2.
Les règles relatives aux possibilités de cumul, ou non, des forfaits de consommables et d'accessoires sont présentées au sein des parties concernées du point II. 3.
Lorsque deux prestataires et/ ou pharmaciens d'officine différents interviennent au domicile auprès du patient, au titre de la perfusion à domicile ou de la nutrition parentérale à domicile, ces règles s'appliquent indépendamment pour chacun d'eux. Il en va de même en cas de changement de domicile du patient.

I. 5 Durée de prise en charge

La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la ou des cure (s) et non pour la durée de mise à disposition du matériel. Par conséquent, pour une cure donnée, un forfait hebdomadaire de suivi ou un forfait de consommables et d'accessoires, hebdomadaire ou à la perfusion, ne pourront être pris en charge que si la semaine considérée comporte au moins une perfusion. Ainsi, lorsque sept jours ou plus séparent deux perfusions de la même cure ou de deux cures, le premier jour de prise en charge de la nouvelle perfusion marque le démarrage des nouveaux forfaits pris en charge.
La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la ou des cure (s) et non pour la durée de mise à disposition du matériel. Par conséquent, pour une cure donnée, un forfait hebdomadaire de suivi ou un forfait de consommables et d'accessoires, hebdomadaire ou à la perfusion, ne pourront être pris en charge que si la semaine considérée comporte au moins une perfusion. Ainsi, lorsque sept jours ou plus séparent deux perfusions de la même cure ou de deux cures, le premier jour de prise en charge de la nouvelle perfusion marque le démarrage des nouveaux forfaits pris en charge.

II. Description des forfaits de prestation de perfusion à domicile

La prise en charge de la prestation de perfusion à domicile fait l'objet d'un éventuel forfait de première installation (II. 1), d'un ou des forfait (s) hebdomadaire (s) de suivi (II. 2) et d'un ou des forfait (s) hebdomadaire (s) ou à la perfusion de consommables et d'accessoires (II. 3).
Durant la semaine de l'installation, les trois types de forfaits (d'installation-de suivi-de consommables et accessoires) se cumulent. Mais, dans le cas d'un mode d'administration de la perfusion par gravité, le forfait de première installation et le forfait de suivi ne sont pas dissociés. La prise en charge du suivi du matériel est comprise dans celle du forfait PERFADOM6-IS-GRAV dédié à son installation. Les modalités (en termes de fréquences et de nombre de perfusions considérées) de prise en charge des consommables et des accessoires de la perfusion par gravité se distinguent également de celle des autres modes d'administration de la perfusion (cf. point II. 3).
En cas de remplissage du produit sous l'égide d'un établissement de santé :
-et en cas d'administration par diffuseur, le forfait d'installation n'est pas pris en charge de façon spécifique. L'installation est comprise dans le forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF ;
-et en cas d'administration par système actif électrique, le forfait d'installation applicable est le forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC.
Conformément à l'article D 5232-12 du code de la santé publique, pour chacun des forfaits suivants et, si nécessaire, à l'occasion de chaque renouvellement, le prestataire ou le pharmacien d'officine délivre à la personne malade ou ayant une incapacité ou un handicap ou à son entourage toutes les informations et explications relatives au service et aux matériels fournis. L'infirmier libéral en charge des soins reçoit les mêmes informations, en plus d'une notice technique complète en langue française du matériel.
Dans le cas où les prestations de perfusion à domicile sont effectuées par un pharmacien d'officine, celui-ci se substitue à tous les personnels de santé du prestataire prévus pour intervenir dans le cadre de ces prestations, à l'exception des médecins.
Les prestations d'installation et de suivi listées ci-dessus sont rattachées aux actes d'installation et de suivi et non à la facturation des forfaits correspondants. Dans le cas d'installations ou de suivi concomitants ne donnant pas lieu à une prise en charge, le prestataire ou le pharmacien d'officine est donc tenu de réaliser l'ensemble des prestations y afférentes.

II. 1. Forfait d'installation de perfusion à domicile

Dans le cas de premières installations concomitantes, ou intervenant dans une période maximale de 4 jours (jusqu'à J + 3), de plusieurs perfusions à domicile nécessitant des modes d'administrations différents, ou de perfusion à domicile et de nutrition parentérale à domicile (ou combiné parentérale et entérale à domicile), il n'est pris en charge qu'un seul forfait d'installation : celui dont le tarif de remboursement est le plus élevé.

En présence de deux modes d'administration de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale aux tarifs de forfait d'installation égaux, le seul forfait d'installation pris en charge est celui dont le coût de la prise en charge, en termes de forfait (s) de suivi et de forfait (s) de consommables et d'accessoires, est le plus élevé pour les cures prescrites.
Concernant les perfusions par diffuseur ou par système actif électrique :
-si le prestataire est amené à effectuer une installation supplémentaire de perfusion à domicile au-delà de cette période de 4 jours (au-delà de J + 3), le forfait d'installation applicable est le forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC ou PERFADOM5-I2-DIFF (sauf à ce qu'un diffuseur ait été installé préalablement-il n'y a pas de prise en charge d'une deuxième installation de diffuseur après une première installation de diffuseur), selon la nature du mode d'administration de la perfusion installée ;
-dans le cas où la cure est discontinue, le forfait de première installation d'un matériel de perfusion à domicile ne peut être pris en charge qu'une fois par patient. Toutefois, si un délai minimal de 26 semaines s'écoule entre le dernier jour d'une cure et le premier jour de la suivante, un second forfait de 1ère installation peut être pris en charge, soit un maximum de deux forfaits de première installation sur une année.
Concernant les perfusions par gravité :
-à la condition qu'il se déplace au domicile du patient pour l'installation et son suivi, le pharmacien d'officine ou le prestataire bénéficie d'une prise en charge globalisée de ces deux prestations dans le cadre du forfait PERFADOM6-IS-GRAV ;
-l'installation et le suivi d'une nouvelle cure de perfusion à domicile par gravité n'est pris en charge qu'à condition qu'il existe un délai minimal de 6 semaines entre le dernier jour de la cure précédente et le 1er jour de la nouvelle cure ;
-une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une cure de perfusion par diffuseur ou système actif électrique, ou une prise en charge de nutrition parentérale, est en cours ;
-si, après l'installation d'une perfusion par gravité, une installation de perfusion par diffuseur ou par système actif électrique ou de nutrition parentérale à domicile lui succède, et si elle opérée par le même prestataire ou pharmacien d'officine, la prise en charge de cette première installation de perfusion par gravité peut être annulée, au profit de la seconde installation correspondante, qui peut alors être codée au titre d'une première installation de perfusion à domicile (PERFADOM1-I1-SA-ELEC, ou PERFADOM4-I1-DIFF ou le code 1130354 selon le ou les type (s) des nouvelle (s) perfusion (s)). À défaut, le forfait de seconde installation de perfusion adéquat (PERFADOM2-I1-SA-ELEC ou PERFADOM4-I1-DIFF ou le code 1120522) est pris en charge.
Les forfaits d'installation de perfusion à domicile comprennent :
II.1.1. des prestations techniques :
a-Si la voie d'abord est centrale ou péri nerveuse, ou en cas de cathéter central inséré par voie périphérique (Picc line) :
-en cas d'initialisation d'une cure à l'hôpital en vue de sa pourà la suite de domicile, la participation, soit de l'infirmier du prestataire, soit du pharmacien d'officine ou soit d'un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, à la coordination du retour à domicile du patient avec le service à l'origine de la prescription, l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domicile, le pharmacien, le médecin traitant et tout autre intervenant à domicile ;
-une visite d'installation, effectuée par, soit un infirmier du prestataire, soit un pharmacien d'officine ou soit un autre professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, le jour du retour du patient à domicile, qui inclut :
-la démonstration à l'utilisation du matériel et notamment au mode d'administration de perfusion prescrit (diffuseur, système actif électrique-en particulier pompe programmable, perfuseur) de (ou des) l'infirmier (s) libéral (-aux), ayant la charge des soins à domicile, et son (leur) information à l'aide de procédures écrites élaborées par l'établissement prescripteur notamment sur le branchement, le débranchement et les soins du cathéter ; la fourniture de la notice complète en langue française du matériel destinée à l'infirmier en charge des soins ;
-le conseil et les explications au patient et à ses proches, et notamment des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ;
-l'information technique apportée au malade et à ses proches sur le matériel, comprenant notamment, dans le cas des systèmes actifs électriques et des diffuseurs, la fourniture de la notice d'utilisation du matériel en langue française destinée au patient et à son entourage ;
-la fourniture au patient d'un livret de suivi ;
-la vérification que les matériels de perfusion, accessoires et consommables livrés sont conformes à la prescription, en lien avec l'infirmier libéral ;
-un appel téléphonique, soit de l'infirmier du prestataire, soit du pharmacien d'officine ou soit d'un autre professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, à l'infirmier libéral en charge de la perfusion ou à sa structure de rattachement, dans les 48 heures à 72 heures qui suivent le retour du patient à domicile pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel.
b. Si la voie d'abord est périphérique (hors cathéter central inséré par voie périphérique-Picc line) ou sous-cutanée :
La séquence des prestations techniques à assurer est équivalente à celle indiquée ci-dessus au point a) mais les actions qui y sont réservées, soit à l'infirmier du prestataire, soit au pharmacien d'officine ou soit à un autre professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, peuvent être effectuées par un personnel formé et compétent

de l'officine ou du prestataire, tel que prévu par l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

II. 1.2. des prestations administratives :

-la rédaction du compte rendu écrit d'installation pour le médecin prescripteur, le médecin traitant et l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domicile.

II. 2. Forfaits hebdomadaires de suivi

Avec la prescription d'une perfusion à domicile, il est prescrit un forfait hebdomadaire de suivi.

Dans le cas de suivis concomitants de plusieurs perfusions à domicile nécessitant des modes d'administration différents, ou de perfusion à domicile et de nutrition parentérale à domicile (ou combiné parentérale et entérale à domicile), il n'est pris en charge qu'un seul forfait de suivi : celui dont le tarif de remboursement est le plus élevé.

En cas d'égalité des tarifs des forfaits de suivi, on ne tarifie que celui dont le coût de la prise en charge, en termes de forfait de suivi et de forfait de consommables et d'accessoires, est le plus élevé.

II. 2.1. Prestations techniques :

II. 2.1.1 Prestations techniques du forfait hebdomadaire de suivi quel que soit le mode d'administration de la perfusion à domicile

Ce forfait comprend, quel que soit le mode d'administration de la perfusion à domicile (par gravité, diffuseur ou système actif électrique) :

-la fourniture et la mise à disposition du matériel de perfusion (mode d'administration) au domicile du patient, selon la prescription ;

-la livraison des accessoires et consommables nécessaires au bon déroulement de la perfusion à domicile et la vérification que ces dispositifs livrés sont conformes à la prescription, en lien avec l'infirmier libéral ;

-dans le cas des voies centrale et péri nerveuse, la participation, soit de l'infirmier du prestataire, soit du pharmacien d'officine ou soit d'un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, à la coordination du suivi du patient avec les médecins (prescripteur et traitant), l'infirmier libéral, le pharmacien d'officine et tout autre intervenant à domicile ;

-dans le cas des voies périphérique ou sous-cutanée : la participation, du personnel formé et compétent de l'officine ou du prestataire, tel que prévu par l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap,, à la coordination du suivi du patient avec les médecins (prescripteur et traitant), l'infirmier libéral, le pharmacien d'officine et tout autre intervenant à domicile ;

-un compte rendu écrit de visite, soit de l'infirmier du prestataire, soit du pharmacien d'officine ou soit d'un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, à l'attention du médecin prescripteur, du médecin traitant et de l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domicile à intervalles réguliers déterminés entre, soit l'infirmier du prestataire, soit le pharmacien d'officine ou soit le professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, et les acteurs du soin, ainsi qu'à la fin de la prestation, sur le suivi du patient, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ;

-pour les médicaments nécessitant la délivrance en continu par un dispositif médical, toute intervention en cas de panne doit survenir dans les délais les plus brefs possibles. De manière générale, le délai d'intervention doit être apprécié au cas par cas, en fonction du type de matériel, des besoins thérapeutiques du patient et en concertation avec le personnel soignant qui en a la charge. Ce délai ne doit pas excéder 12 heures à compter du premier appel signalant la panne. Il peut être dépassé si l'intervention a lieu avant la prochaine perfusion, prévue par la prescription, qui suit la panne signalée. L'intervention doit permettre au patient de disposer d'un matériel en état de fonctionnement et, en cas de remplacement, ayant les mêmes fonctions que le matériel initial ;

-la récupération du matériel loué ainsi que son nettoyage et sa désinfection avant une nouvelle mise à disposition ;

-le prestataire ou le pharmacien d'officine assure la récupération des consommables non utilisés et non facturés. Le prestataire ou le pharmacien d'officine est le seul responsable de la réattribution des produits dont le système de barrière stérile et son emballage de protection n'ont pas été ouverts et qui ont fait l'objet d'un stockage dans des conditions permettant d'assurer le maintien de l'état stérile et des performances du dispositif. La traçabilité de ces produits réattribués est assurée et consultable. Tout incident ou risque d'incident de matériovigilance résultant de l'utilisation de ces produits fait l'objet d'un signalement conformément à la réglementation en vigueur ;

-la récupération des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) liés à la perfusion à domicile n'est pas incluse dans la prestation. L'infirmier libéral chargé des soins est responsable de l'élimination des déchets de soins.

II. 2.1.2. Astreinte relative aux diffuseurs et systèmes actifs électriques

-une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7 au tarif non surtaxé, soit par un infirmier du prestataire, soit par un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, ou soit par un pharmacien d'officine ou un délégataire sous sa responsabilité, pour tous les aspects techniques concernant les dispositifs médicaux et la prestation. En aucun cas, cette astreinte ne peut donner lieu à la prise en charge d'un acte de quelque nature que ce soit.

II. 2.1.3. Prestations techniques des forfaits hebdomadaires de suivi de la perfusion à domicile propres aux systèmes actifs électriques

Dans le cas où le mode d'administration de la perfusion est un système actif électrique, le forfait hebdomadaire de suivi comprend également :

-une visite de suivi à domicile, soit par un infirmier du prestataire, un professionnel habilité du prestataire possédant un diplôme de docteur en pharmacie, ou, si la voie d'abord n'est ni centrale, ni périnerveuse, un autre personnel formé et compétent du prestataire, tel que prévu par l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap, soit par un pharmacien d'officine, à J28, J56 et J84 puis tous les 84 jours pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel.

II. 2.2. Des prestations administratives :

-la gestion administrative du dossier du patient relatif à la prestation et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade.

II. 3 Forfaits de consommables et d'accessoires

Dans le cas des forfaits hebdomadaires de consommables et d'accessoires, pour chaque période entamée de 7 jours de prestation de perfusion à domicile, est associé un forfait

hebdomadaire, prescrit avec la prestation, comprenant tous les consommables et accessoires nécessaires au bon fonctionnement des dispositifs et à la sécurité de la voie d'abord, ainsi que les accessoires de branchement et de débranchement de la voie d'abord.
Le forfait à la perfusion PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J inclut de la même manière les consommables et accessoires correspondants aux mêmes objectifs et fonctions.
Les articles de pansements nécessaires au maintien et à la protection de la perfusion ou du site d'injection ne peuvent donner lieu à une prise en charge au chapitre 3 du titre I de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
Les forfaits de consommables et d'accessoires se déclinent selon 26 codes au sein de la LPP.
a-1) 18 forfaits (numérotés de PERFADOM16 à PERFADOM20 et de PERFADOM27 à PERFADOM40) sont fonction, quelle que soit la voie d'abord, pour chaque produit ou association de produits prescrit (s) :
-du mode d'administration de la perfusion :
-par perfuseur (simple ou intégrant un régulateur débit-métrique) ;
-par diffuseur ;
-par système actif électrique.
-du nombre ou de la fréquence des perfusions (comprenant leur branchement et leur débranchement) :
Les forfaits de consommables et d'accessoires se déclinent entre des forfaits hebdomadaires, et pour la perfusion par gravité, un forfait « à la perfusion » (dans la limite de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours et de moins de 7 perfusions par semaine), définis de la manière suivante :
-dans le cas des systèmes actifs électriques et des diffuseurs :
-1 perfusion par semaine ;
-2 à 3 perfusions par semaine ;
-4 à 6 perfusions par semaine ;
-1 perfusion par jour ou 7 perfusions sur 7 jours ;
-2 perfusions par jour ou 14 perfusions sur 7 jours ;
-3 perfusions par jour ou 21 perfusions sur 7 jours ;
-plus de 3 perfusions par jour ou plus de 21 perfusions sur 7 jours.
-dans le cas des perfuseurs :
-à la perfusion, dans la limite de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours et de moins de 7 perfusions par semaine ;
-1 perfusion par jour ou 7 perfusions sur 7 jours ;
-2 perfusions par jour ou 14 perfusions sur 7 jours ;
-plus de 2 perfusions par jour ou plus de 14 perfusions sur 7 jours.
a-2) 4 forfaits (PERFADOM41-C-SA IMMU-SC, PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV) sont dédiés au traitement par immunoglobuline :
-les forfaits PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC (respectivement administrés par système actif ou par diffuseur), sont perfusés via une tubulure bifurquée et emprunte la voie sous-cutanée : une perfusion permet d'assurer le traitement hebdomadaire ;
-les forfaits PERFADOM42-C-SA IMMU-IV et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV (respectivement administrés par système actif ou par diffuseur), concernent des perfusions via un arbre à perfusion et emprunte la voie intraveineuse : 1 perfusion journalière sur 2 à 4 jours successifs permet d'assurer un traitement mensuel, bimestriel ou trimestriel.
a-3) comptage et cumul des perfusions :
Une perfusion est comptée dès lors qu'il y a un changement de consommable (s). Une perfusion sur plusieurs jours sans changement de consommables ne peut compter pour plusieurs perfusions.
Le prestataire ou le pharmacien d'officine choisit le forfait ou la combinaison de forfaits de consommables et d'accessoires le (ou la) plus adapté et le (ou la) moins coûteux (-se) en terme de prise en charge.
Les forfaits de consommables ou d'accessoires de perfusion à domicile par système actif ou par diffuseur sont cumulables avec des forfaits de consommables ou d'accessoires de perfusion à domicile par gravité.
Un forfait de consommables et d'accessoires indiquant un nombre de perfusions par semaine par système actif électrique (cf. forfaits PERFADOM27 à 29) peut, dans le respect des règles de cumul et de non-cumul, être combiné avec un forfait de consommables et d'accessoires indiquant un nombre de perfusions par jour pendant 7 jours par système actif électrique (cf.

forfaits PERFADOM30 à 32), et ce, d'une semaine à l'autre ou, sur une même semaine, afin d'adapter la facturation au nombre de perfusion effectuées.
Un forfait de consommables et d'accessoires indiquant un nombre de perfusions par semaine par diffuseur (cf. forfaits PERFADOM34 à 36) peut, dans le respect des règles de cumul et de non-cumul, être combiné avec un forfait de consommables et d'accessoires indiquant un nombre de perfusions par jour pendant 7 jours par diffuseur (cf. forfaits PERFADOM37 à 39), et ce, d'une semaine à l'autre ou, sur une même semaine, afin d'adapter la facturation au nombre de perfusion effectuées.
Il n'est pas possible de cumuler, sur la même semaine de prise en charge, plus de deux forfaits de consommables ou d'accessoires de perfusion à domicile par système actif.
De même, Il n'est pas possible de cumuler, sur la même semaine de prise en charge, plus de deux forfaits de consommables ou d'accessoires de perfusion à domicile par diffuseur.
Au-delà d'un nombre de 28 perfusions, par semaine, à domicile par système actif, seul le forfaitsPERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de systèmes actifs ;
De même, au-delà d'un nombre de 28 perfusions, par semaine, à domicile par diffuseur, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de de diffuseurs.
Le forfait de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J est cumulable avec des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par système actif ou par diffuseur, et avec les autres forfaits relatifs à la perfusion par gravité (à l'exclusion du forfait PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J) et ce, d'une semaine à l'autre ou, sur une même semaine, afin d'adapter la facturation au nombre de perfusions effectuées.
Il n'est pas possible de cumuler, sur la même semaine de prise en charge, plus de deux forfaits de consommables ou d'accessoires de perfusion à domicile par gravité, à l'exception de cumul impliquant plusieurs forfaits à la perfusion PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J.
Quel que soit le nombre de perfusions réalisées dans une journée (supérieur aux 3 seuils indiqués ci-dessous), le cumul de plusieurs forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile ne peut conduire à la prise en charge par l'assurance maladie de :
-plus de 5 perfusions à domicile par jour, dans le cas d'un cumul de forfait (s) de consommables et d'accessoires de perfusion par système actif électrique et/ ou un ou des forfait (s) de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur, avec un ou des consommable (s) et accessoire (s) de perfusion par gravité. Dans ce cas, l'association des forfaits de consommables doit intégrer au moins un forfait de consommables et d'accessoires de chaque mode d'administration concerné ;
-plus de 4 perfusions à domicile par jour, dans le cas d'un cumul de forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par système actif, ou par diffuseur, ou par ces deux modes d'administration. Dans ce dernier cas, l'association des forfaits de consommables doit intégrer au moins un forfait de consommables et d'accessoires de chaque mode d'administration concerné ;
-plus de 3 perfusions par jour, dans le cas de perfusions par gravité.
Pour chaque journée de la cure hebdomadaire, le décompte des perfusions journalières pouvant être pris en charge est donc fonction du nombre des perfusions réalisées, dans la limite, s'il y a lieu, de ces trois seuils maxima. Le cumul hebdomadaire des perfusions est la somme de ces décomptes de perfusions journalières pouvant être pris en charge. Le choix du (ou de la combinaison des) forfait (s) hebdomadaire (s) de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile assurant le moindre coût de prise en charge se base sur ce cumul hebdomadaire de perfusions.
Par dérogation, les forfaits PERFADOM41-C-SA IMMU-SC, PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC, et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile prises en charge.
b) Outre les 22 forfaits décrits ci-dessus, 4 autres forfaits de consommables et d'accessoires peuvent être pris en charge :
-sur prescription médicale ou infirmière :
-les deux premiers (PERFADOM21-ENTRETIEN-VC-SF-PICC et PERFADOM22-ENTRETIEN-VC-PICC-LINE) couvrent l'entretien intercure de perfusion à domicile par voie veineuse centrale ;
-le troisième (PERFADOM24-DEBRANCH-DIFF) permet le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur préalablement installé (cf. rempli et posé) sous l'égide d'un établissement de santé et fourni par ce même établissement ;
-sur prescription médicale :
-le quatrième (PERFADOM23-TRANSFUSION-de-PSL-en-EFS), concerne la transfusion de produits sanguins labiles au sein des établissements de transfusion sanguine.

II. 3.1 Dispositifs à fournir quel que soit le mode d'administration de la perfusion à domicile :

Ils comprennent par perfusion :
-les produits nécessaires au branchement immédiat ou différé d'une ligne de perfusion ;
-les produits nécessaires au débranchement d'une ligne de perfusion ;
-les produits nécessaires à la reconstitution des médicaments pour administration.

II. 3.2 Dispositifs à fournir selon la voie d'abord de la perfusion :

Neuf types d'ensembles de produits permettent de réaliser ces soins :
a. accessoires et consommables nécessaires à la pose de la voie d'abord et au branchement immédiat d'une ligne de perfusion à une voie périphérique à l'exclusion de la voie sous-cutanée ;
b. accessoires et consommables nécessaires au branchement différé ou au débranchement d'une ligne de perfusion à une voie périphérique à l'exclusion de la voie sous-cutanée ;
c. accessoires et consommables nécessaires à la pose de la voie de perfusion dans une chambre implantée ou d'un cathéter veineux profond et au branchement immédiat d'une ligne de perfusion ;
d. accessoires et consommables nécessaires au branchement différé des dispositifs veineux implantés, au branchement immédiat des cathéters veineux centraux, au débranchement des dispositifs veineux implantés et des cathéters veineux centraux, au rinçage de la voie d'abord ou à la dépose des lignes de perfusion sur les dispositifs veineux implantés ;

e. accessoires et consommables permettant la pose de la voie d'abord sous-cutanée ainsi que le branchement immédiat, le débranchement et la dépose d'une ligne de perfusion ;
f. accessoires et consommables permettant la réfection de pansement de la voie d'abord d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line) ainsi que la reconstitution de médicaments, le branchement immédiat, le débranchement, le rinçage de la voie d'abord et la dépose d'une ligne de perfusion ;
g. accessoires et consommables permettant la reconstitution de médicaments pour administration par perfusion ;
h. accessoires et consommables stériles permettant l'entretien de la voie d'abord centrale par un dispositif implanté ou non (rinçage du dispositif d'administration) ;
i. accessoires et consommables stériles permettant le branchement et le débranchement de la voie péri nerveuse ;
j. accessoires et consommables stériles permettant la transfusion de produits sanguins labiles au sein des établissements de transfusion sanguine.
Définitions des étapes (en fonction de la voie d'abord si besoin) :
-la pose de la voie d'abord : ce terme désigne la mise en place d'une aiguille ou d'un cathéter avec effraction du plan cutané. Concrètement, cette étape ne concerne que la voie périphérique et les dispositifs veineux implantables (DVI) ; les cathéters veineux centraux (CVC) ne nécessitent que des branchements ;
-le branchement de la ligne de perfusion : il est réalisé sur l'aiguille ou le cathéter, ou sur le prolongateur si ce dernier leur est associé. Le branchement est dit immédiat s'il est associé à la pose de la voie d'abord, ou bien différé, si le cathéter ou l'aiguille sont déjà en place ;
-le raccordement désigne le branchement d'un dispositif ou d'un produit sur une ligne de perfusion branchée. Cette étape est indépendante de la voie d'abord ;
-le débranchement : il est réalisé directement de l'aiguille ou du cathéter ou du prolongateur si ce dernier leur est associé. La ligne de perfusion et tous les éléments raccordés sont enlevés mais le cathéter ou l'aiguille restent en place ;
-la dépose de la ligne de perfusion : lors de cette étape, l'aiguille ou le cathéter sont retirés. La dépose inclut le rinçage de la voie d'abord, le débranchement de la ligne de perfusion ; tous les éléments raccordés sont enlevés.
Description des dispositifs inclus dans les forfaits de consommables et accessoires nécessaires à la réalisation d'une perfusion à domicile
Les dispositifs médicaux nécessaires à la pose, au branchement, au débranchement, au rinçage de la voie d'abord et à la dépose de la perfusion ainsi qu'à la reconstitution de médicaments pour administration ou à l'entretien de la voie peuvent être utilisés avec chacune des catégories de produits suivantes : dispositifs médicaux pour perfusion par gravité, diffuseurs portables, systèmes actifs électriques (pompes à perfusion et pousse-seringues électriques), DVI et CVC.
L'ensemble des seringues utilisées pour la perfusion à domicile sont des seringues à embout Luer Lock.
Le professionnel de santé intervenant dans le cadre de la prise en charge d'un patient nécessitant une perfusion à domicile doit, pour réaliser les soins dans le respect des recommandations de bonne pratique ou avis de la Haute autorité de santé (HAS), disposer de tout ou partie des ensembles décrits ci-dessous :
a) Accessoires et consommables stériles nécessaires à la pose de la voie d'abord et au branchement immédiat d'une ligne de perfusion à une voie d'abord périphérique à l'exclusion de la voie sous-cutanée
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits
suivants :
-1 essuie mains ;
-1 masque de soins ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soin ;
-1 paire de gants (manchettes retournées) ;
-5 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0. % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 pied et panier à perfusion ;

-cathéters courts sécurisés ;
-1 ou des rampe (s) de perfusion ;
-1 ou des boitier (s) souple (s) de protection des connexions Luer Lock ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour ;
-1 ou des obturateur (s) (mandrin-obturateur).
b) Accessoires et consommables stériles nécessaires au branchement différé ou au débranchement d'une ligne de perfusion à une voie périphérique à l'exclusion de la voie sous-cutanée
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-1 masque de soins ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soin ;
-1 paire de gants (manchettes retournées) ;
-5 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0.9 % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10-ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-cathéters courts sécurisés ;
-1 ou des rampe (s) de perfusion ;
-1 ou des boitier (s) souple (s) de protection des connexions Luer Lock ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour ;
-1 ou des obturateur (s) (mandrin-obturateur).
c) Accessoires et consommables stériles nécessaires à la pose de la voie d'abord à un dispositif veineux implanté et au branchement immédiat d'une ligne de perfusion
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-2 masques de soins ;
-1 charlotte ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soins fenêtré fendu ou prédécoupé ;
-2 paires de gants (manchettes retournées) ;
-10 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0.9 % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 ou des aiguille (s) de Huber de type 2 sécurisée ;
-1 pied et panier à perfusion ;
-1 ou des rampe (s) de perfusion ;
-1 ou des boitier (s) souple (s) de protection des connexions Luer Lock ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;

-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour.
d) Accessoires et consommables stériles nécessaires au branchement différé des dispositifs veineux implantés, au branchement immédiat des cathéters veineux centraux, au débranchement des dispositifs veineux implantés et des cathéters veineux centraux ou à la dépose des lignes de perfusion sur les dispositifs veineux implantés
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-2 masques de soins ;
-1 charlotte ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soins fenêtré fendu ou prédécoupé ;
-2 paires de gants (manchettes retournées) ;
-10 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0.9 % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 ou des rampe (s) de perfusion ;
-1 ou des boitier (s) souple (s) de protection des connexions Luer Lock ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour.
e) accessoires et consommables stériles permettant la pose de la voie d'abord sous-cutanée ainsi que le branchement immédiat, le débranchement et la dépose d'une ligne de perfusion
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 masque de soins ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 paire de gants (manchettes retournées) ;
-5 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 pied et panier à perfusion ;
-1 ou des cathéter (s) court (s) sécurisé (s) ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 aiguille épicrânienne sécurisée ou 1 microperfuseur sécurisé ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour.

f) Composants stériles permettant la réfection de pansement de la voie d'abord d'un dispositif Picc Line ainsi que la reconstitution de médicaments, le branchement immédiat, le débranchement, le rinçage de la voie d'abord et la dépose d'une ligne de perfusion
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-2 masques de soins ;
-1 charlotte ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soin ou 1 champ de soins fenêtré fendu ou prédécoupé ;
-2 paires de gants (manchettes retournées) ;
-10 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré-remplie de NaCl 0.9 % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 pied et panier à perfusion ;
-1 ou des rampe (s) de perfusion (s) ;
-1 ou des boitier (s) souple (s) de protection des connexions Luer Lock ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;
-1 ou des système (s) de fixation spécifique pour cathéter PICC Line ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour.
g) Accessoires et consommables stériles permettant la reconstitution de médicaments pour administration par perfusion
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-1 masque de soins ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 paire de gants (manchettes retournées) ;
-5 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 prise d'air (nécessaire à la pose d'un flacon verre) ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 tubulure de transfert ;
-1 valve unidirectionnelle dite anti-retour.
h) Accessoires et consommables stériles permettant l'entretien de la voie d'abord centrale par un dispositif implanté
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 essuie mains ;
-2 masques de soins ;
-1 charlotte ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soin ou 1 champ de soins fenêtré fendu ou prédécoupé ;
-2 paires de gants (manchettes retournées) ;
-10 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0.9 % de classe III dont le diamètre du corps est équivalent à celui d'une seringue de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;

-1 prolongateur de 10 cm minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 ou des aiguille (s) de Huber de type 2 sécurisée ;
-1 ou des valve (s) bidirectionnelle (s) transparente (s) à septum préfendu ;
-1 ou des système (s) de fixation spécifique pour cathéter PICC Line ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 ou des valve (s) unidirectionnelle (s) dite anti-retour.
i) Accessoires et consommables stériles permettant le branchement et le débranchement de la voie péri nerveuse
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-2 masques de soins ;
-1 charlotte ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 champ de soin ;
-2 paires de gants (manchettes retournées) ;
-10 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 ampoule de NaCl 0.9 % de classe III pour rinçage et purge des dispositifs ou 1 seringue pré remplie de NaCl 0.9 % de classe III de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue LL de 10 ml ;
-1 prolongateur de 10 cm (UNPDM = 25cm) minimum + un robinet 3 voies ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée en cas de débranchement ou de dépose complète (fin de cure) ;
-1 seringue de 50 ml ou de 60 ml LL (pour le remplissage du diffuseur ou de la cassette (pompe)) ;
-1 pied et panier à perfusion ;
-1 bouchon stérile Luer Lock sans site mâle/ femelle ;
-1 tubulure de transfert ;
-1 valve unidirectionnelle dite anti-retour.
j) Accessoires et consommables stériles permettant la transfusion de produits sanguins labiles au sein des établissements de transfusion sanguine
Les accessoires et consommables stériles nécessaires sont tout ou partie des produits suivants :
-1 masque de soins ;
-1 surblouse ;
-1 champ de table ;
-1 paire de gants (manchettes retournées) ;
-5 compresses stériles non tissées ;
-1 seringue à embout Luer Lock stérile 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse stérile ;
-1 bandelette double adhésive ;
-1 film adhésif semi perméable stérile, destiné au maintien de la ligne de perfusion ainsi qu'à la protection du site de ponction ;
-1 pansement adhésif stérile support textile avec compresse intégrée lors de la dépose complète ;
-1 ou des cathéter (s) court (s) sécurisé (s) ;
-1 ou des bouchon (s) stérile (s) Luer Lock sans site mâle/ femelle ;

-1 perfuseur Luer Lock ;
-1 transfuseur ;
-1 carte de vérification pré-transfusionnelle.

II. 3.3 Forfait d'entretien de la voie centrale

Si une voie implantée n'est pas mobilisée pendant au moins 7 jours, un des forfaits d'entretien de cette voie centrale peut être prescrit et pris en charge. Il ne peut pas être renouvelé plus de trois fois dans les 28 jours suivant le débranchement et il est exclusif de toute autre prise en charge d'une perfusion par voie centrale, avec un pas minimal de 7 jours entre la réalisation des entretiens.

III. Description et spécification des dispositifs de perfusion

III. 1. Description et spécification des dispositifs et des modes d'administration de la perfusion

III. 1.1 Les dispositifs médicaux pour perfusion par gravité

Les perfuseurs doivent respecter les exigences des normes en vigueur.

1. perfuseur simple. Il est constitué des éléments suivants :
-un perforateur destiné à percer le contenant du produit qui doit être administré ;
-une chambre compte-goutte transparente permettant notamment un contrôle visuel du débit ;
-un filtre à particules ;
-une tubulure transparente et résistante à la plicature ;
-un embout de type Luer Lock permettant le raccordement soit à un élément de la ligne de perfusion, soit directement à l'aiguille ou au cathéter ;
-un système de réglage du débit situé entre la chambre compte-goutte et l'embout.
La présence d'une prise d'air obturable dotée d'un filtre n'est indispensable que lorsque le contenant du produit à administrer est rigide.
2. perfuseur opaque pour administration de médicaments photosensibles. Le perfuseur opaque est un perfuseur simple dont la chambre compte-goutte et la tubulure sont opaques ou protégées de la lumière.
3. perfuseur avec un robinet trois voies pour l'administration de multi-thérapies. Il s'agit d'un perfuseur simple doté d'un robinet 3 voies.
4. perfuseur de précision volumétrique. Il s'agit un perfuseur simple doté d'une chambre graduée en amont de la chambre compte-goutte et d'un système permettant l'arrêt de l'écoulement lorsque le volume prévu a été perfusé.
5. transfuseur. Il est constitué des éléments suivants :
-un perforateur destiné à percer le contenant du produit qui doit être administré ;
-une chambre compte-goutte transparente permettant notamment un contrôle visuel du débit ;
-un filtre à sang ;
-une tubulure transparente et résistante à la plicature ;
-un embout de type Luer Lock permettant le raccordement soit à un élément de la ligne de perfusion, soit directement à l'aiguille ou au cathéter ;
-un système de réglage du débit situé entre la chambre compte-goutte et l'embout.
6. perfuseur avec régulateur débit-métrique. La modulation du débit est réalisée à l'aide d'une bague ou d'une roue graduée qui peut être à connecter ou pré-connectée au perfuseur simple.

III. 1.2 Perfusion par systèmes actifs électriques : pompes à perfusion et pousse-seringues

Les pompes à perfusion électriques sont des pompes à tubulure spécifique qui servent à perfuser des solutions injectables à un débit contrôlé sur la durée totale de la perfusion. Le prestataire, ou le pharmacien d'officine, doit s'assurer de la compatibilité de la tubulure avec la pompe telle qu'attestée par le marquage CE.
Les pousse-seringues électriques sont des moniteurs de seringue autopulsée. L'appareil exerce une pression sur le piston de la seringue de manière à obtenir un débit stable.
Les pompes à perfusion et pousse-seringues électriques peuvent être portables ou non portables. Les dispositifs portables ont la possibilité de ne fonctionner que sur batterie ; ils se distinguent également des dispositifs non-portables par leur poids plus faible, leur encombrement réduit et leur ergonomie facilitant le transport.
Seuls sont pris en charge les appareils ayant une source d'alimentation sur secteur et sur batterie ou sur batterie seule.
La pompe programmable ou le pousse-seringue électriques disposent d'une ou de plusieurs alarmes.

III. 1.2.1 Les pompes à perfusion (hors pompes implantables), pousse-seringues et leurs accessoires

Les pompes et pousse-seringues électriques :
1. pousse-seringue non portable une voie ;
2. pousse-seringue non portable deux voies ou plus ;
3. pompe à perfusion non portable ;
4. pousse-seringue portable ;
5. pompe à perfusion portable ;
6. pompe à perfusion portable deux voies ou plus

III. 1.2.2 Accessoires à usage unique (par voie et par perfusion)

III. 1.2.2.1. Accessoires à usage unique commun aux systèmes actifs électriques :

-accessoires de remplissage.

III. 1.2.2.2. Accessoires à usage unique adapté au type de système actif électrique :

-pousse-seringue : seringue et tubulure ;

-pompe : tubulure avec ou sans réservoir.

III. 1.3 Les diffuseurs portables

Un diffuseur portable est un dispositif médical stérile externe non implantable, à usage unique, qui permet la diffusion en ambulatoire de médicaments par un mécanisme utilisant une énergie autre que l'électricité, la gravité ou le corps humain et fournie par le dispositif.

Le diffuseur portable stérile doit respecter les exigences de la norme ISO28620 " Dispositifs médicaux-Diffuseurs portables de médicaments, non mus électriquement ".

III. 2 Dispositifs permettant d'adapter la configuration de la ligne de perfusion ou le soin au patient ou à la cure prescrite

1. cathéter court sécurisé. Dispositif médical stérile à usage unique, composé d'une aiguille guide et d'un cathéter avec ou sans ailettes doubles ;
2. aiguille de type 2 sécurisée pour chambre à cathéter implantable. Il s'agit d'aiguille à biseau tangentiel type pointe de Huber droite ou courbée, montée sur un système permettant le maintien de celle-ci ;
3. aiguille épicrânienne ou microperfuseur ;
4. robinet 3 voies. En cas de multithérapie simultanée, il permet la connexion de dispositifs de perfusion ou d'injection. Tous les embouts sont de type Luer Lock ;
5. rampe de robinets. En cas de multithérapie d'au moins trois produits dont deux concomitants, la rampe de robinets est utilisée dans le montage à la place des robinets 3 voies. La rampe de robinets est munie d'embouts de type Luer Lock à ses 2 extrémités ainsi qu'au niveau de chacun des robinets ;
6. valve bidirectionnelle. Valve bidirectionnelle transparente à septum préfendu permettant la mise en système clos. Elle est dotée d'embouts Luer Lock à ses deux extrémités ;
7. valve unidirectionnelle dite anti-retour en cas d'association de perfusion par gravité et de perfusion commandée par un dispositif électrique (pompe ou pousse-seringue) dont l'analgésie autocontrôlée par le patient. Elle est dotée d'embouts Luer Lock à ses deux extrémités ;
8. prolongateur. Tubulure transparente, résistante aux plicatures, dotée d'embouts Luer Lock à ses deux extrémités ;
9. bouchon Luer verrouillable. Il s'adapte sur les embouts de type Luer Lock de la ligne de perfusion ;
10. obturateur. Appelé également mandrin-obturateur, il s'agit d'un bouchon muni d'un mandrin qui s'adapte sur un cathéter court en cas de perfusion intermittente et en l'absence de prolongateur. Le diamètre et la longueur du mandrin doivent être adaptés au cathéter court avec lequel il est utilisé ;
11. pied à perfusion. Il dispose d'un panier de perfusion rigide de 500 cc si les médicaments ne disposent que de présentation en flacon de verre ;
12. système de fixation de PICC Line ;
13. boitiers souples permettant la protection des connexions de perfusion.

L'ensemble des seringues utilisées pour la perfusion à domicile sont des seringues à embout Luer Lock.

Les accessoires non sécurisés, figurant dans les descriptions ci-dessus, ne pourront plus être utilisés à compter du 31 mars 2016.

La prise en charge est assurée pour les forfaits suivants (la première perfusion d'une cure marque le début de la prise en charge afférente). Le libellé court du forfait se décline, tout comme le code PERFADOM qui lui est associé, de la manière suivante :

-le domaine du forfait : la perfusion à domicile (PERFADOM) ;
-un numéro de forfait ;
-sa qualité : prestation d'installation (I-avec une indication de l'occurrence de celle-ci : 1 ou 2) ou de suivi (S), ou forfait de consommables et accessoires (C) ;
-le mode d'administration : système actif (SA) électrique (ELEC), diffuseur (DIFF), gravité (GRAV) ;
-la fréquence de perfusion (s) par jour (/ J) ou par semaine (/ S) concernant les consommables et accessoires.

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en €	Date de fin de prise en charge
1176882	Perfusion à domicile, forf instal1, syst actif électrique, PERFADOM1-I1-SA-ELEC Forfait de première installation de la perfusion à domicile par système actif (pompe ou pousse seringue) électrique. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.2. relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les	**357,20**	**357,20**	**31-03-2021**

	prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2. La prise en charge du forfait PERFADOM1-I1-SA-ELEC ne concerne pas les systèmes actifs remplis du produit à perfuser à domicile sous l'égide d'un établissement de santé, ce type d'installation est pris en charge dans le cadre du forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC. Lors d'une première installation de système actif électrique, le présent forfait d'installation fait l'objet d'un cumul avec un forfait hebdomadaire de suivi et d'un (ou plusieurs) forfait (s) de consommables et d'accessoires. Le forfait de suivi cumulé avec le présent forfait d'installation est le forfait PERFADOM7E-S-SA-ELEC, sauf en cas d'un suivi concomitant de nutrition combinée parentérale et entérale : le suivi est alors pris en charge au titre desau titre des codes 1192510 ou 1155963, dont les tarifs de prise en charge sont supérieurs. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge des forfaits de suivi PERFADOM8-S-DIFF ou, pour la nutrition parentérale à domicile, avec les forfaits de suivi codés 1141487 et 1100850, de même qu'avec le forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV. Ces forfaits ont en effet des tarifs inférieurs au forfait de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : -le présent forfait d'installation se cumule avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion ; -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus avec cette première perfusion d'un système actif électrique, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait PERFADOM1-I1-SA-ELEC, des forfaits d'installation PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF, PERFADOM5-I2-DIFF, du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, ou du forfait d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile (code 1120522). Durant cette période, en cas d'installation d'un autre système actif, d'un diffuseur ou d'une perfusion par gravité, le seul forfait d'installation pris en charge est PERFADOM1-I1-SA-ELEC, au titre de son tarif de prise en charge supérieur. Dans cette même limite de 4 jours (jusqu'à J + 3), le forfait PERFADOM1-I1-SA-ELEC n'est pas cumulable avec le forfait de première installation de la nutrition parentérale à domicile (code 1130354). En ce cas, le seul de ces deux forfaits d'installation pris en charge est celui qui entraine, dans le cadre de sa cure, le coût le plus important en termes de forfaits de suivi et de consommables et accessoires. La prise en charge de ce forfait est cumulable avec une prise en charge, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation, d'un forfait d'installation PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, PERFADOM5-I2-DIFF, ou d'un forfait d'installation d'une nutrition parentérale à la à la suite de l'installation d'une perfusion, codé 1120522. À l'inverse, une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une cure de perfusion par système actif électrique est en cours. Le forfait de première installation d'un système actif électrique de perfusion à domicile ne peut être pris en charge qu'une fois par patient et après un délai minimal de 26 semaines entre le dernier jour d'une			

	cure et le 1er jour de la cure suivante, soit un maximum de deux forfaits de première installation sur une année. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1159062	Perfusion à domicile, forf instal2, système actif élec, PERFADOM2-I2-SA-ELEC Forfait de seconde installation de perfusion à domicile, par système actif électrique (pompe ou pousse-seringue), à compter du 5ème jour (à partir de J + 4) après une première installation de perfusion à domicile par système actif électrique, diffuseur, ou de nutrition parentérale à domicile. La prise en charge d'un forfait de seconde installation de perfusion à domicile par système actif électrique ne peut donner lieu à une prise en charge ultérieure d'un forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC. La troisième installation de quelque mode d'administration de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale que ce soit ne donne lieu à une prise en charge de la part de l'assurance maladie obligatoire que si la première installation est une installation de perfusion à domicile par gravité, installée par le même prestataire ou pharmacien d'officine, et qu'elle peut être annulée à la suite de l'installation ultérieure d'un autre type de perfusion à domicile ou d'une nutrition parentérale. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2. La prise en charge du forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC ne concerne pas les systèmes actifs remplis sous l'égide d'un établissement de santé, Ce type d'installation est pris en charge dans le cadre du forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC. Lors d'une seconde installation de perfusion à domicile, relative ici à un système actif électrique, l'installation fait l'objet d'un cumul du présent forfait, d'un forfait hebdomadaire de suivi et d'un (ou plusieurs) forfait (s) de consommables et d'accessoires. Le forfait de suivi cumulé avec le présent forfait d'installation est le forfait PERFADOM7E-S-SA-ELEC, sauf en cas d'un suivi concomitant de nutrition combinée parentérale et entérale : le suivi est alors pris en charge au titre des codes 1192510 ou 1155963, dont les tarifs de prise en charge sont supérieurs. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge des forfaits de suivi PERFADOM8-S-DIFF, ou pour la nutrition parentérale à domicile, avec les forfaits de suivi codés 1141487 et 1100850, de même qu'avec le forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV. Ces forfaits sont en effet des tarifs inférieurs au forfait de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : -le présent forfait d'installation se cumule avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion ; -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410.	**164,86**	**164,86**	**31-03-2021**

	Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus avec cette seconde perfusion par système actif électrique, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC, des forfaits d'installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF, PERFADOM5-I2-DIFF, du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, du forfait de première installation de la nutrition parentérale à domicile (code 1130354), ou du forfait d'installation de nutrition parentérale après perfusion à domicile (code 1120522). Compte tenu du caractère second de l'installation du diffuseur qu'implique l'utilisation d'un forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC, les forfaits de première installation PERFADOM4-I1-DIFF, le code 1130354, de même que le forfait PERFADOM1-I1-SA-ELEC, ne sont pas éligibles au cumul avec le présent forfait : une installation concomitante de diffuseur ou de nutrition parentérale correspond à une installation de seconde intention par le biais, respectivement, des codes PERFADOM5-I2-DIFF (de tarif inférieur au forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC) et 1120522. Durant cette période, en cas d'installation d'un autre système actif, d'un diffuseur ou d'une perfusion par gravité, le seul forfait d'installation pris en charge est celui qui présente le tarif le plus élevé. Dans cette même limite de 4 jours (jusqu'à J + 3), le forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC n'est pas cumulable avec le forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC ou le forfait d'installation d'une nutrition parentérale à la suite de l'installation d'une perfusion, codé 1120522. Dans ces deux derniers cas, le seul de ces deux forfaits d'installation pris en charge est celui qui entraine, dans le cadre de sa cure, le coût le plus important en termes de forfaits de suivi et de consommables et accessoires. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec une autre prise en charge d'installation de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1183570	Perf à dom, forf ins rempli par ES, syst actif élec, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC Forfait d'installation d'un système actif électrique (pompe ou pousse-seringue) fourni par un prestataire ou un pharmacien d'officine, rempli et posé par un établissement de santé. La prise en charge de ce forfait est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2. La prise en charge du forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC concerne les systèmes actifs remplis du produit à perfuser à domicile sous l'égide d'un établissement de santé. Ce type d'installation de perfusion à domicile, autorise un cumul du présent forfait, avec un forfait hebdomadaire de suivi et un (ou plusieurs) forfait (s) de consommables et d'accessoires. Le forfait de suivi cumulé avec le présent forfait d'installation est le forfait PERFADOM7E-S-SA-ELEC, sauf en cas d'un suivi concomitant de nutrition combinée parentérale et entérale : le suivi est alors pris en charge au titre des codes 1192510 ou1155963, dont les tarifs de prise en charge sont supérieurs. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge des forfaits de suivi PERFADOM8-S-DIFF, ou pour la nutrition parentérale à domicile, avec les forfaits de suivi codés 1141487 et 1100850, de même qu'avec le forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV. Ces forfaits sont en effet des tarifs inférieurs au forfait de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3 et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : -le présent forfait d'installation se cumule avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion ; -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus avec cette installation de système actif électrique rempli sous l'égide d'un établissement hospitalier, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, des forfaits d'installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF, PERFADOM5-I2-DIFF, du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, du forfait de première installation de la nutrition parentérale à domicile	**164,86**	**164,86**	**31-03-2021**

	(code 1130354). Durant cette période, en cas d'installation d'un autre système actif, d'un diffuseur ou d'une perfusion par gravité, le seul forfait d'installation pris en charge est celui qui présente le tarif le plus élevé. Dans cette même limite de 4 jours (jusqu'à J + 3), le forfait n'est pas cumulable avec le forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC ou le forfait d'installation d'une nutrition parentérale à la suite de l'installation d'une perfusion, codé 1120522. Dans ces deux derniers cas, le seul des deux forfaits d'installation pris en charge est celui qui entraine, dans le cadre de sa cure, le coût le plus important en termes de forfaits de suivi et de consommables et accessoires. À l'inverse, une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une cure de perfusion par système actif électrique est en cours. La prise en charge de ce forfait est cumulable avec une prise en charge, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation, d'un forfait d'installation PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM5-I2-DIFF, ou d'un forfait d'installation, d'une nutrition parentérale à la suite de l'installation d'une perfusion, codé 1120522. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1164778	. Perfusion à domicile, forf instal1, diffuseur, PERFADOM4-I1-DIFF Forfait de première installation de la perfusion à domicile par diffuseur. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2. La prise en charge du forfait PERFADOM4-I1-DIFF ne concerne pas les diffuseurs remplis sous l'égide d'un établissement de santé, Dans ces conditions, l'installation d'un diffuseur est comprise dans le forfait hebdomadaire de suivi. Lors de l'installation d'un diffuseur, son forfait d'installation fait l'objet d'un cumul du présent forfait de première installation PERFADOM4-I1-DIFF, d'un forfait hebdomadaire de suivi et d'un (ou plusieurs) forfait (s) de consommables et d'accessoires. Le forfait de suivi cumulé avec le présent forfait d'installation est le forfait PERFADOM8-S-DIFF, sauf en cas d'un suivi concomitant d'une perfusion à domicile par système actif ou de nutrition parentérale ou combinée parentérale et entérale, dont les tarifs de prise en charge des forfaits de suivi sont supérieurs. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge des forfaits d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, Dans ce dernier cas, le forfait de suivi PERFADOM8-S-DIFF est pris en charge. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3 et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : -le présent forfait d'installation se cumule avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires ; -par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus de cette première installation de la perfusion à domicile par diffuseur avec une autre installation de perfusion à domicile, ou de nutrition parentérale, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un	**228,97**	**228,97**	**31-03-2021**

	autre forfait PERFADOM4-I1-DIFF, ou des forfaits d'installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, PERFADOM5-I2-DIFF ou du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV ou d'un forfait d'installation de nutrition parentérale (code 1130354 ou 1120522). Durant cette période, le seul forfait d'installation pris en charge est celui qui présente le tarif le plus élevé. La prise en charge de ce forfait est cumulable avec une prise en charge, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation, d'un forfait d'installation PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, ou d'un forfait d'installation d'une nutrition parentérale à la suite de l'installation d'une perfusion, codé 1120522. À l'inverse, elle n'est pas cumulable avec une seconde installation de diffuseur PERFADOM5-I2-DIFF. De même, une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une cure de perfusion par diffuseur est en cours. Le forfait de première installation d'un diffuseur ne peut être pris en charge qu'une fois par patient et après un délai minimal de 26 semaines entre le dernier jour d'une cure et le 1er jour de la cure suivante, soit un maximum de deux forfaits de première installation sur une année. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41			
1191108	Perfusion à domicile, forf instal2, diffuseur, PERFADOM5-I2-DIFF Forfait de seconde installation d'un diffuseur à compter du 5ème jour (à partir de J + 4) après une première installation de perfusion à domicile par système actif ou de nutrition parentérale à domicile. La prise en charge d'un forfait de seconde installation par diffuseur de perfusion à domicile ne peut donner lieu à une prise en charge ultérieure d'un forfait PERFADOM5-I2-DIFF. La troisième installation de quelque mode d'administration de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale que ce soit ne donne lieu à une prise en charge que si la première installation est une installation de perfusion à domicile par gravité, installée par le même prestataire ou pharmacien d'officine, et qu'elle peut être annulée à la suite de l'installation ultérieure d'un autre type de perfusion ou d'une nutrition parentérale. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile définies au point I de la présente sous-section pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2. La prise en charge du forfait PERFADOM5-I2-DIFF ne concerne pas les diffuseurs remplis du produit à perfuser à domicile sous l'égide d'un établissement de santé, Dans ces conditions, l'installation d'un diffuseur est comprise dans le forfait hebdomadaire de suivi. Lors d'une seconde installation de perfusion à domicile d'un diffuseur, l'installation fait l'objet d'un cumul du présent forfait, d'un forfait hebdomadaire de suivi et d'un (ou plusieurs forfait (s) de consommables et d'accessoires. Le forfait de suivi cumulé avec le présent forfait d'installation est le forfait PERFADOM8-S-DIFF, sauf en cas d'un suivi concomitant d'une perfusion à domicile par système actif ou de nutrition parentérale ou combinée parentérale et entérale, aux tarifs de forfait de suivi supérieurs. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge des forfaits d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV. Dans ce dernier cas, le forfait de suivi PERFADOM8-S-DIFF est pris en charge. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : -le présent forfait d'installation se cumule avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires ; -par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus avec cette seconde perfusion par diffuseur, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait PERFADOM5-I2-DIFF, des forfaits d'installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF, PERFADOM5-I2-DIFF, du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, du forfait d'installation de la nutrition parentérale à domicile (code 1130354 ou 1120522). Compte tenu du caractère second de l'installation du diffuseur qu'implique l'utilisation d'un forfait PERFADOM5-I2-DIFF, les forfaits de première installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC ou le code 1130354, de même que le forfait PERFADOM4-I1-DIFF, ne sont pas éligibles au cumul avec le présent forfait : une installation concomitante de système actif électrique ou de nutrition parentérale correspond	**105,33**	**105,33**	**31-03-2021**

	à une installation de seconde intention par le biais, respectivement, des codes PERFADOM2-I2-SA-ELEC et 1120522. Durant cette période, en cas d'installation d'un autre système actif ou d'une perfusion par gravité, le seul forfait d'installation pris en charge est celui qui présente le tarif le plus élevé. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec une autre prise en charge d'installation de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV			
1172619	Perfusion à domicile, forfait instal et suivi, gravité, PERFADOM6-IS-GRAV Forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile par gravité. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion défini au point III. 1.1. relatif aux perfuseurs. Ce forfait répond aux conditions décrites en introduction des points II et II. 1 et comprend les prestations techniques et administratives respectivement listées aux points II. 1.1. et II. 1.2, relatifs à l'installation, de même qu'il répond aux conditions et comprend les prestations techniques, administratives et les modalités d'astreintes décrites dans la partie II. 2, relative au suivi. Une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une cure de perfusion par diffuseur ou système actif électrique, ou une prise en charge de nutrition parentérale, est en cours. La prise en charge du forfait PERFADOM6-IS-GRAV est non cumulable avec la prise en charge des forfaits hebdomadaires de suivi de la perfusion à domicile PERFADOM7E-S-SA-ELEC ou PERFADOM8-S-DIFF, de même qu'avec celle des forfaits hebdomadaires de suivi de la nutrition parentérale à domicile (codes 1141487 et 1100850) ou de la nutrition parentérale à domicile associée à une nutrition entérale (codes 1192510 et 1155963). Le suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires : Lors de l'installation d'une perfusion par gravité, son forfait d'installation et de suivi fait l'objet d'un cumul avec un ou deux des forfait (s) de consommables et d'accessoires par gravité PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J,. Ce forfait n'est à l'inverse pas cumulable avec un (ou plusieurs) des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile : -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ou PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ; PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J ou PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV ; Ce forfait n'est pas cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Dans le cas d'une concomitance jusqu'au 4ème jour (jusqu'à J + 3) inclus de cette première installation de la perfusion à domicile par gravité avec une autre installation de perfusion à domicile, ou de nutrition parentérale, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV, ou des forfaits d'installation PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM2-I2-SA-ELEC, PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF, PERFADOM5-I2-DIFF ou d'un forfait d'installation de nutrition parentérale (code 1130354 ou 1120522). Durant cette période, le seul forfait d'installation pris en charge est celui qui présente le tarif le plus élevé, soit jamais le forfait PERFADOM6-IS-GRAV. La prise en charge de ce forfait est cumulable avec une prise en charge, à partir du 5ème jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation, d'un autre forfait d'installation de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale. Dans le cas d'une installation relevant du même prestataire ou de la même officine, la prise en charge de la perfusion par gravité première peut être annulée au profit d'une installation de première intention (PERFADOM1-I1-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF ou le code 1130354	**45,79**	**45,79**	**31-03-2021**

	concernant la nutrition parentérale). Si elle n'est pas annulée, c'est alors le forfait de seconde installation de perfusion adéquat (PERFADOM2-I1-SA-ELEC, PERFADOM4-I1-DIFF ou le code 1120522) qui est pris en charge. L'installation et le suivi d'une nouvelle cure de perfusion à domicile par gravité n'est pris en charge qu'à condition qu'il existe un délai minimal de 6 semaines entre le dernier jour de la cure précédente et le 1er jour de cette nouvelle cure.			
1178556	Perfusion à domicile, forfait hebdo suivi, système actif, PERFADOM7E-S-SA-ELEC Forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par système actif électrique. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion listé au point III. 1.2. relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait répond aux conditions et comprend les prestations techniques, administratives et les modalités d'astreintes décrites dans la partie II. 2. La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC, du forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile PERFADOM6-IS-GRAV, ou du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF, de même qu'avec celle des forfaits hebdomadaires de suivi de la nutrition parentérale à domicile (codes 1141487 et 1100850) ou de la nutrition parentérale à domicile associée à une nutrition entérale (codes 1192510 et 1155963). Le suivi hebdomadaire de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale dont le tarif est le plus élevé parmi des dispositifs utilisés est alors le seul pris en charge. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires, et des conditions décrites en introduction du point II. 2 : -le présent forfait d'installation se cumule également avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion ; -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERF ADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec le forfait de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680. À l'inverse, il n'est pas cumulable avec le forfait de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1145410. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**100,75**	**100,75**	**31-03-2021**
1179165	Perfusion à domicile, forfait hebdo suivi, diffuseur, PERFADOM8-S-DIFF Forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par diffuseur. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un mode d'administration de la perfusion listé au point III. 1.3, relatif aux diffuseurs. Ce forfait répond aux conditions et comprend les prestations techniques, administratives et les modalités d'astreintes décrites dans la partie II. 2. La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un autre forfait de suivi PERFADOM8-S-DIFF, du forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile PERFADOM6-IS-GRAV, ou du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC, de même qu'avec celle des forfaits hebdomadaires de suivi de la nutrition parentérale à domicile (codes 1141487 et 1100850) ou de la nutrition parentérale à domicile associée à une nutrition entérale (codes 1192510 et 1155963). Le suivi hebdomadaire de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale dont le tarif est le plus élevé parmi des dispositifs utilisés est alors le seul pris en charge. Dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II. 3 a-3) et au sein de ces codes de consommables et d'accessoires, et des conditions décrites en introduction du point II. 2 : -le présent forfait d'installation se cumule également avec ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -s'il y a lieu ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; -ce forfait ne peut être cumulé avec : -un forfait de consommables et d'accessoires de perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA =	**45,79**	**45,79**	**31-03-2021**

	1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; Ce forfait ne peut être cumulé avec un ou des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. S'il y a lieu, dans le respect des règles de cumul et de la dérogation définies au point II. 3 a-3), le présent forfait peut être cumulé avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Dans les conditions décrites en introduction du point II. 2, ce forfait ne peut être cumulé avec un ou des forfaits de consommables et d'accessoires le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV.			
1168470	Perf à dom, forf hebdo consom-access, système actif, 1perf/ s, PERFADOM27-C-SA = 1/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription d'une perfusion par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la semaine : -PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM27-C-SA = 1/ S. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la semaine PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2.	**35,72**	**35,72**	**31-03-2021**

	S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1136061	Perf a dom, forf heb consom-access, système actif, 2a3perf/ s, PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription de deux à trois perfusions par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la semaine : -PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ; En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**71,44**	**71,44**	**31-03-2021**
1126364	Perf a dom, forf heb consom-access, système actif, 4a6perf/ s, PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription de quatre à six perfusions par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration	**160,74**	**160,74**	**31-03-2021**

	de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la semaine : -PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou, ou d'un autre forfait PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1187489	Perf a dom, forf hebdo consom-access, système actif, 1 perf/ j, PERFADOM30-C-SA = 1/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription d'une perfusion par jour ou 7 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits	**246,81**	**246,81**	**31-03-2021**

	au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou un autre forfait PERFADOM30-C-SA = 1/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV			
1169675	Perf a dom, forf hebdo consom-access, système actif, 2 perf/ j, PERFADOM31-C-SA = 2/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription de deux perfusions par jour ou 14 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou un autre forfait PERFADOM31-C-SA = 2/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif.	**467,59**	**467,59**	**31-03-2021**

	S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1134211	Perf a dom, forf hebdo consom-access, système actif, 3 perf/ j, PERFADOM32-C-SA = 3/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription de trois perfusions par jour ou 21 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou un autre forfait PERFADOM32-C-SA = 3/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusion, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF =	**665,23**	**665,23**	**31-03-2021**

	4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ; -avec un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile ; -par diffuseur : PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. -par gravité : PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1150865	Perf a dom, forf hebdo consom-access, système actif, > 3 perf/ j, PERFADOM33-C-SA > 3/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif, pour la prescription de plus de trois perfusions par jour ou 28 perfusions ou plus sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, seul le forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou un autre forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J, ou PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; Cette prise en charge est cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusions à la journée PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA	**837,80**	**837,80**	**31-03-2021**

	IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1156023	Perf à dom, forf hebdo consom-access, diffuseur, 1 perf/ s, PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour la prescription d'une perfusion par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la semaine : -PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**32,14**	**32,14**	**31-03-2021**

	Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1101648	Perf a dom, forf heb consom-access, diffuseur, 2a3perf/ s, PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour la prescription de deux à trois perfusions par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la semaine : -PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**64,29**	**64,29**	**31-03-2021**
1107250	Perf a dom, forf heb consom-access, diffuseur, 4a6perf/ s, PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour la prescription de quatre à six perfusions par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la semaine :	**144,66**	**144,66**	**31-03-2021**

	-PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1154018	Perf à dom, forf hebdo consom-access, diffuseur, 1 perf/ j, PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur, pour la prescription d'une perfusion par jour ou 7 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou un autre forfait PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec	**222,12**	**222,12**	**31-03-2021**

	un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle du forfait de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV			
1131030	Perf à dom, forf hebdo consom-access, diffuseur, 2 perf/ j, PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour la prescription de deux perfusions par jour ou 14 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou un autre forfait PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J, PERFADOM19-C-GRAV = 2/	**420,83**	**420,83**	**31-03-2021**

	J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1102270	Perf à dom, forf hebdo consom-access, diffuseur, 3 perf/ j, PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur, pour la prescription de trois perfusions par jour ou 21 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec celle d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour un nombre de perfusions à la journée : -PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou un autre forfait PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. En vue d'une adaptation au plus près du nombre de perfusions, le cumul de ce forfait est possible avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur à la semaine pour un nombre de perfusion (s) par jour et par semaine (ou équivalent en nombre de perfusions) : -PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par diffuseur par semaine, seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de diffuseurs ; S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou d'un autre forfait PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ; -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par gravité : PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J ou PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ; Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la	**598,70**	**598,70**	**31-03-2021**

	perfusion à domicile : -par système actif : PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -par gravité PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1122395	Perf à dom, forf hebdo consom-access, diffuseur, > 3 perf/ j, PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur, pour la prescription de plus de trois perfusions par jour ou 28 perfusions ou plus sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile, : seul le forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de systèmes actifs. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou un autre forfait forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J ou PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S Cette prise en charge est cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusions à la journée PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J. Cette prise en charge est non cumulable avec celle des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J. Ce forfait peut, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. La prise en charge de cette référence se cumule selon le mode d'administration concerné avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières	**754,02**	**754,02**	**31-03-2021**

	associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1185160	Perf à dom, forf/ perf consom-access, Gravité, < 15 perf, PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J Forfait, par perfusion, de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, pour la prescription de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours dans la limite de moins de 7 perfusions par semaine. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.1, relatif à la perfusion par gravité. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est cumulable avec un ou plusieurs forfait (s) PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, un des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusion (s) quotidiennes pendant 7 jours PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J dans le respect de la règle de l'application de la combinaison de forfaits de consommables et d'accessoires la moins couteuse en terme de prise en charge. La limite de moins de 15 perfusions sur 28 jours du forfait PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J peut être dépassée, dans la limite d'une prise en charge de moins de 7 perfusions par semaine, dans le cas d'un cumul avec le forfait PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J. Cette prise en charge n'est pas cumulable avec un forfait PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : -un ou deux forfaits PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J (au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile (seul le forfaitsPERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif). -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -un forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Ce forfait peut également, s'il y a lieu, être cumulé avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de nutrition parentérale 1185680 ou 1145410. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi, ou d'un forfait d'installation et de suivi, dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**10,80**	**10,80**	**31-03-2021**
1121326	Perf à dom, forf hebdo consom-access, Gravité, 1 perf/ j, PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, pour une prescription d'une perfusion par jour pendant 7 jours ou 7 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.1, relatif à la perfusion par gravité. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits	**76,02**	**76,02**	**31-03-2021**

	au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusion (s) quotidiennes pendant 7 jours PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J, ou d'un autre forfait PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J. Cette prise en charge est cumulable avec un ou plusieurs forfaits par perfusion de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, pour la prescription de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, dans le respect de la règle d'une application de la combinaison de forfaits de consommables et d'accessoires la moins couteuse en terme de prise en charge par l'assurance maladie. La limite de moins de 15 perfusions sur 28 jours du forfait PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J peut être dépassée, dans la limite d'une prise en charge de moins de 7 perfusions par semaine, dans le cas d'un cumul avec le forfait PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif : -un ou deux forfaits PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -un forfait PERFADOM33-C-SA > 3/ J (au-delà d'un nombre de 28 perfusions par système actif par semaine, à domicile (seul le forfaitsPERFADOM33-C-SA > 3/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de système actif). -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur : -un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ; -un forfait PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi, ou d'un forfait d'installation et de suivi, dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1143279	Perf à dom, forf hebdo consom-access, Gravité, 2 perf/ j, PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, pour une prescription de deux perfusions par jour pendant 7 jours ou 14 perfusions sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.1, relatif à la perfusion par gravité. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusion (s) quotidiennes pendant 7 jours PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J, ou d'un autre forfait PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J, Cette prise en charge est cumulable avec un ou plusieurs forfaits par perfusion de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité pour la prescription de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J, dans le respect de la règle d'une application de la combinaison de forfaits de consommables et d'accessoires la moins couteuse en terme de prise en charge par l'assurance maladie. La limite de moins de 15 perfusions sur 28 jours du forfait PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J peut être dépassée, dans la limite d'une prise en charge de moins de 7 perfusions par semaine, dans le cas d'un cumul avec le forfait PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif, un ou deux forfaits PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ; -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur, un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J ou PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. Ce forfait n'est pas cumulable avec les forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion -par système actif PERFADOM33-C-SA > 3/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J. -par diffuseur PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se	**143,80**	**143,80**	**31-03-2021**

	cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi, ou d'un forfait d'installation et de suivi, dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.			
1153616	Perf à dom, forf hebdo consom-access, Gravité, > 2 perf/ j, PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, pour une prescription de plus de deux perfusions par jour pendant 7 jours ou 21 perfusions ou plus sur 7 jours. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un les modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.1, relatif à la perfusion par gravité. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Les règles de comptage, de cumul et les dérogations définies au point II. 3 a-3) s'appliquent à ce forfait. Cette prise en charge est non cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile par gravité pour un nombre de perfusion (s) quotidiennes pendant 7 jours PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J, d'un autre forfait PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J, ou d'un forfait par perfusion de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité pour la prescription de moins de 15 perfusions sur une période continue de 28 jours PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J. Au-delà d'un nombre de 21 perfusions à domicile par gravité par semaine, seul le forfait PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J est pris en charge, sans association avec aucun autre forfait concernant les accessoires et consommables de perfusion par gravité. S'il y a lieu, ce forfait peut être cumulé avec : -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par système actif, un ou deux forfaits PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2A3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4A6/ S, ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ; -en matière de forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur, un ou deux des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion par diffuseur PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2A3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4A6/ S, ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J. Ce forfait n'est pas cumulable avec les forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion : -par système actif PERFADOM32-C-SA = 3/ J et PERFADOM33-C-SA > 3/ J. -par diffuseur PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J et PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi, ou d'un forfait d'installation et de suivi, dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2. S'il y a lieu, le présent forfait peut être cumulé : -avec le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -ou avec le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un (ou des) forfait (s) PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Par dérogation, ne sont pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile pris en charge définis au point II. 3 a) : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ; -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV.	**204,24**	**204,24**	**31-03-2021**
1153467	Perf à dom, forf heb consom-access, système actif, 1perf/ S, PERFADOM41-C-SA IMMU-SC Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif	**49,28**	**49,28**	**30-04-2021**

	d'une perfusion par semaine de cure d'immunoglobuline hebdomadaire en plusieurs points d'injection par voie sous-cutanée par un seul mode d'administration assurant une cure en une perfusion. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Dans le cadre de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC : -n'est pas cumulable avec un autre forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou un forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC dans les périodes d'effets respectives de ces deux cures d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV dans les périodes d'effets respectives de ces deux modalités de cure d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile hebdomadaire par jour ou par semaine. En dehors de la cure d'immunoglobuline : -le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC peut être cumulé avec un ou des forfait (s) de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, diffuseur ou système actif, ou avec un forfait de consommables et d'accessoires de la nutrition parentérale codé 1185680 ou 1145410 ; -comme défini au point II. 3 a-3), et par dérogation, le forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC, comme les autres forfaits PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC, et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV, n'est pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile prises en charge. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2.			
1149141	Perf a dom, forf consom-access, système actif, 1perf/ j, PERFADOM42-C-SA IMMU-IV Forfait journalier de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par système actif pour la prescription d'une perfusion par jour de cure d'immunoglobuline mensuelle, bimestrielle ou trimestrielle par voie intraveineuse, via un arbre à perfusion. Cette perfusion journalière peut éventuellement être répétée sur un à trois jours successifs, selon la prescription, mais elle ne donne lieu qu'à une prise en charge par jour. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.2 relatif aux systèmes actifs électriques. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Dans le cadre de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV : -est éventuellement cumulable, selon la prescription, sur plusieurs jours successif avec un (ou d'autres) forfaits PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. Il peut être prescrit dans la limite de 4 forfaits journaliers par mois ; -n'est pas cumulable sur une même journée avec un ou d'autres PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV ; -n'est pas cumulable avec un forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC dans les périodes d'effets respectives de ces deux modalités de cure d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile hebdomadaire par jour ou par semaine. En dehors de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV : -peut être cumulé avec des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, diffuseur ou système actif, ou avec un forfait de consommables et d'accessoires de la nutrition parentérale codé 1185680 ou 1145410 ; -comme défini au point II. 3 a-3), et par dérogation, le forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, comme les autres forfaits PERFADOM41-C-SA IMMU-SC PERFADOM43-C-DIFF IMMU et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV, n'est pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile prises en charge. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM7E-S-SA-ELEC. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en	**49,28**	**49,28**	**30-04-2021**

	charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2.			
1103647	Perf à dom, forf heb consom-access, diffuseur, 1perf/ S, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC Forfait hebdomadaire de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur d'une perfusion par semaine de cure d'immunoglobuline hebdomadaire en plusieurs points d'injection par voie sous-cutanée par un seul mode d'administration assurant une cure en une perfusion. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Dans le cadre de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC : -n'est pas cumulable avec un autre forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC ou un forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC dans les périodes d'effets respectives de deux cures d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un forfait PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ou PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV dans les périodes d'effets respectives de ces deux modalités de cure d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile hebdomadaire par jour ou par semaine. En dehors de la cure d'immunoglobuline : -le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC peut être cumulé avec un ou des forfait (s) de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, diffuseur ou système actif,, ou avec un forfait de consommables et d'accessoires de la nutrition parentérale codé 1185680 ou 1145410 ; -comme défini au point II. 3 a-3), et par dérogation, le forfait PERFADOM43-C-DIFF IMMU, comme les autres forfaits PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC, et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV, n'est pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile prises en charge. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2.	**44,35**	**44,35**	**30-04-2021**
1120261	Perf à dom, forf consom-access, diffuseur, 1perf/ j, PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV Forfait journalier de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par diffuseur pour la prescription d'une perfusion par jour de cure d'immunoglobuline mensuelle, bimestrielle ou trimestrielle par voie intraveineuse, via un arbre à perfusion. Cette perfusion journalière peut éventuellement être répétée sur un à trois jours successifs, selon la prescription, mais elle ne donne lieu qu'à une prise en charge par jour. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2. Dans le cadre de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV : -est éventuellement cumulable, selon la prescription, sur plusieurs jours successif avec un (ou d'autres) forfaits PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV ou PERFADOM42-C-SA IMMU-IV. Il peut être prescrit dans la limite de 4 forfaits journaliers par mois ; -n'est pas cumulable sur une même journée avec un ou d'autres PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV ou PERFADOM42-C-SA IMMU-IV ;	**44,35**	**44,35**	**30-04-2021**

	-n'est pas cumulable avec un forfait PERFADOM41-C-SA IMMU-SC ou PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC dans les périodes d'effets respectives de ces deux modalités de cure d'immunoglobulines ; -n'est pas cumulable avec un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile hebdomadaire par jour ou par semaine. En dehors de la cure d'immunoglobuline, le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV : -peut être cumulé avec des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile par gravité, diffuseur ou système actif, ou avec un forfait de consommables et d'accessoires de la nutrition parentérale codé 1185680 ou 1145410 ; -comme défini au point II. 3 a-3), et par dérogation, le forfait PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV, comme les autres forfaits PERFADOM41-C-SA IMMU-SC PERFADOM43-C-DIFF IMMU et PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, n'est pas pris en compte dans les dénombrements des perfusions journalières associées aux forfaits de consommables et d'accessoires, pour le respect des seuils limites de nombre de perfusions journalières de perfusions à domicile prises en charge. La prise en charge de cette référence se cumule, selon le mode d'administration concerné, avec celle du forfait hebdomadaire de suivi PERFADOM8-S-DIFF. Dans le cas d'une prise en charge concomitante d'un autre mode d'administration de perfusion à domicile, d'une nutrition parentérale à domicile (code 1141487 ou 1100850 selon la durée de cette prise en charge) ou d'une nutrition combinée parentérale et entérale à domicile (code 1192510 ou 1155963 selon la durée de cette prise en charge), le forfait de suivi hebdomadaire dont le tarif est le plus élevé est alors le seul pris en charge. Lors de la semaine de première installation du mode d'administration, la prise en charge de ce forfait se cumule avec celles d'un forfait d'installation et d'un forfait de suivi dans les conditions respectivement décrites en introductions des points II, II. 1 et du point II. 2.			
1103392	Perfusion à dom, forf d'entret voie centrale, PERFADOM21-ENTRETIEN-VC-SF-PICC Forfait de consommables et d'accessoires pour l'entretien intercure de perfusion à domicile par voie veineuse centrale, hors cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line). La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile définies au point I de la présente sous-section, concernée par un abord veineux par voie centrale non mobilisé pendant au moins 7 jours. Elle s'effectue dans les conditions, de renouvellement notamment, définies au point II. 3.3. Cette prise en charge est non cumulable avec celle, dans les 7 jours précédents l'intervention d'entretien inter cure, de toute autre prise en charge, si elle est relative à une perfusion par voie centrale, d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile : -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -ou par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J ; -ou par gravité PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J ou PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J.	**9,16**	**9,16**	**31-03-2021**
1170419	Perfusion à dom, forfait d'ent voie centrale, PERFADOM22-ENTRETIEN-VC-PICC-LINE Forfait de consommables et d'accessoires pour l'entretien intercure d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line). La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile définies au point I de la présente sous-section, concernée par un abord veineux par voie centrale via un cathéter central inséré par voie périphérique non mobilisé pendant au moins 7 jours. Elle s'effectue dans les conditions, de renouvellement notamment, définies au point II. 3.3. Cette prise en charge est non cumulable avec celle, dans les 7 jours précédents l'intervention d'entretien intercure, de toute autre prise en charge, si elle est relative à une perfusion par voie centrale, d'un des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile : -par système actif : PERFADOM27-C-SA = 1/ S ou PERFADOM28-C-SA = 2À3/ S ou PERFADOM29-C-SA = 4À6/ S ou PERFADOM30-C-SA = 1/ J ou PERFADOM31-C-SA = 2/ J ou PERFADOM32-C-SA = 3/ J ou PERFADOM33-C-SA > 3/ J ; -ou par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF = 1/ S ou PERFADOM35-C-DIFF = 2À3/ S ou PERFADOM36-C-DIFF = 4À6/ S ou PERFADOM37-C-DIFF = 1/ J ou PERFADOM38-C-DIFF = 2/ J PERFADOM39-C-DIFF = 3/ J ou PERFADOM40-C-DIFF > 3/ J ; -ou par gravité PERFADOM17-C-GRAV < 15/ 28J ou PERFADOM18-C-GRAV = 1/ J ou PERFADOM19-C-GRAV = 2/ J ou PERFADOM20-C-GRAV > 2/ J.	**17,86**	**17,86**	**31-03-2021**
1137095	Perfusion à domicile, forfait transfusion, PERFADOM23-TRANSFUSION-de-PSL-en-EFS Forfait de consommables et d'accessoires pour la transfusion de produits sanguins labiles en établissements de transfusion sanguine pris en charge dans le cadre de la perfusion à domicile. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile définies au point I de la présente sous-section pour un les modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.1, relatif à la perfusion par gravité. Ce forfait comprend l'ensemble « j » des accessoires et consommables stériles permettant la transfusion de produits sanguins labiles au sein des établissements de transfusion sanguine décrit au	**18,32**	**18,32**	**31-03-212021**

	point II. 3.2. Quel que soit le nombre de poches de produits sanguins labiles perfusés, il n'est pris en charge qu'un seul forfait par transfusion. Dans le cadre de cette transfusion, cette prise en charge est non cumulable, avec celle d'un autre forfait d'installation ou de suivi de perfusion à domicile, ou avec un des autres forfaits de consommables et d'accessoires décrits dans la présente sous-section.			
1157318	Perf à dom, forf hebdo consom-access, débr diff étab sant, PERFADOM24-C-DEBR-DIFF Forfait de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile pour le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur fourni par la pharmacie à usage interne d'un établissement de santé et rempli et posé par cet établissement de santé. La prise en charge est assurée pour les patients répondant aux conditions générales d'attribution de la perfusion à domicile, définies au point I de la présente sous-section, pour un des modes d'administration de la perfusion listés au point III. 1.3 relatif aux diffuseurs. Ce forfait comprend un ou plusieurs des 9 types d'ensembles de consommables et d'accessoires décrits au point II. 3.2.	**13,80**	**13,80**	**30-04-2021**

ANNEXE

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescription : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

❑ Initiation d'une perfusion à domicile

❑ Renouvellement ou modification

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Poids (en Kg) : |_|_|_|.|_|

N° d'assuré : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ❑ Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Identifiant RPPS * : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voir notice)

*(répertoire partagé des professionnels de santé)

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

N° Finess** géographique : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° AM*** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(fichier national des établissements sanitaires et sociaux) *(numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE			HÔPITAL (HAD)
	❑ 1	❑ 2.1 Produit(s) à perfuser : *Pharmacien d'officine ou hospitalier*	❑ 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : *Prestataire ou Pharmacien d'officine*	❑ 2.3 Copie pour information : *Infirmier libéral en charge des soins*	❑ 3 *Hospitalisation à domicile (HAD)*

☒ *Pour une perfusion « **en ville** », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus). Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'**HAD**, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).*

☒ *Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).*

☒ *Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique.*

PRODUIT À PERFUSER n°1

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : *(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).*

Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heure(s) et) _____ minutes

Nombre total de perfusions : _____

Fréquence de la ou des perfusions : _____ par... ... ❑ jour ... ❑ semaine ... ❑ mois

Date de début de la cure : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

Date de fin de la cure : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| ou *Durée de la cure :* ↳ _____ *jours*

Voie d'abord

❑ Veineuse centrale (VC) :
- ❑ chambre implantable
- ❑ cathéter central
- ❑ cathéter central à insertion périphérique

❑ Péri-nerveuse

❑ Veineuse périphérique

❑ Sous-cutanée

❑ **Entretien intercure :**
- ❑ VC sauf PICC LINE
- ❑ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration

❑ Gravité

❑ Diffuseur

❑ Système actif électrique
- ❑ ambulatoire
- ❑ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❑

❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine)*

Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : ❑

*Est défini ci-dessous la cure d'un **autre produit** à perfuser, **ou** le nouveau **cycle de cure** d'un produit déjà renseigné :*

PRODUIT À PERFUSER n°2

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : *(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).*

Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heure(s) et) _____ minutes

Nombre total de perfusions : _____

Fréquence de la ou des perfusions : _____ par... ... ❑ jour ... ❑ semaine ... ❑ mois

Voie d'abord

❑ Veineuse centrale (VC) :
- ❑ chambre implantable
- ❑ cathéter central
- ❑ cathéter central à insertion périphérique

❑ Péri-nerveuse

❑ Veineuse périphérique

❑ Sous-cutanée

❑ **Entretien intercure :**
- ❑ VC sauf PICC LINE

Mode d'administration

❑ Gravité

❑ Diffuseur

❑ Système actif électrique
- ❑ ambulatoire
- ❑ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❑

❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine)*

Date de début de la cure : __/__/____	Date de fin de la cure : __/__/____ ou *Durée de la cure :* ↳ ____ *jours*	☐ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	*Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case :* ☐

En définissant ci-dessous la cure d'un ***autre produit*** *à perfuser,* ***au*** *le nouveau* ***cycle de cure*** *d'un produit déjà renseigné :*

PRODUIT À PERFUSER n°2

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), volume, … :
(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).

Durée d'administration d'une perfusion : (____ heure(s) et) ____ minutes

Nombre total de perfusions : ___	Fréquence de la ou des perfusions : ____ par…	… ☐ jour … ☐ semaine … ☐ mois	☐ **Entretien Intercure :** ☐ VC sauf PICC LINE ☐ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)
Date de début de la cure : __/__/____	Date de fin de la cure : __/__/____ ou *Durée de la cure :* ↳ ____ *jours*		*Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case :* ☐

Voie d'abord	***Mode d'administration***
☐ Veineuse centrale (VC) : ☐ chambre implantable ☐ cathéter central ☐ cathéter central à insertion périphérique ☐ Péri-nerveuse ☐ Veineuse périphérique ☐ Sous-cutanée	☐ Gravité ☐ Diffuseur ☐ Système actif électrique ☐ ambulatoire ☐ fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ☐ ☐ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)*

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

*Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « **en ville** », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.*

Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

*Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « **en ville** », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.*

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s)

SIGNATURE :

NOTICE DU FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

Identification du prescripteur et de sa structure d'exercice (cabinet, établissement de santé, centre de santé, ...) :

- Concernant le pavé « identité du prescripteur » : renseigner le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- Concernant sa structure d'exercice :
  - si la prescription émane d'un médecin salarié d'un établissement de santé ou d'un centre de santé : saisissez le numéro FINESS (http://finess.sante.gouv.fr) de l'établissement ;
  - si la prescription émane d'un prescripteur exerçant à titre libéral: saisissez le numéro d'Assurance Maladie du médecin libéral mentionné sur l'ordonnance.

Destinataires et/ou objets : Le formulaire de prescription de la perfusion à domicile (ville ou hospitalisation à domicile (HAD)) est à éditer en un certain nombre d'exemplaires selon qu'il concerne une prestation réalisée « en ville » ou par l'HAD (un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'HAD).

- Pour une perfusion « **en ville** », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant :
  - le patient ;
  - les acteurs concourant à la prestation en ville :
    - le pharmacien d'officine ou hospitalier pour les produit(s) à perfuser ;
    - le prestataire ou le pharmacien d'officine pour les prestation(s) et dispositifs médicaux ;
    - l'infirmier libéral en charge de la ou des perfusion(s) pour son information ;
- Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'**HAD**, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant :
  - le patient ;
  - l'HAD.

Si le traitement comprend un nombre de cures de produit(s) à perfuser ou de cycles de cure de produits à perfuser supérieur à 2, un ou d'autres formulaires de prescription sont renseignés.

Cure de produit :

Dans chaque encart « produit » du formulaire n'est prescrit qu'un seul médicament ou soluté ; toutefois, les produits qui lui sont associés (électrolytes, vitamines...) dans un même contenant (poche, flacon...), doivent également y être indiqués.

Un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique, ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile.

- **Dénomination, dosage et posologie**
  En cas d'administration intermittente, la posologie doit correspondre à la dose administrée lors de chaque injection, sauf mention contraire.
  En cas d'administration continue par système actif électronique, la concentration du produit, le dosage et le débit (en mL/h ou mg/h) sont définis.
- **Durée d'administration**
  En cas de perfusion intermittente, la durée d'administration du traitement doit être renseignée en minutes ou en heures.
  En cas de perfusion continue, la mention « en continu » est renseignée.
- **Solvant**
  Si le produit est un soluté (NaCl 0,9% ou G5%) ou si aucun solvant n'est nécessaire, cette information n'est pas requise.
  En dehors de ces cas, la nature du solvant compatible avec le traitement doit être indiquée de même que le volume de dilution.
  Dans le cas d'une seringue ou d'un diffuseur, l'acronyme Q.S.P. (quantité suffisante pour) peut être utilisé afin d'ajuster la concentration.
- **Durée du traitement**
  La date de début de la cure est la date du premier jour de la première administration du traitement à domicile.
  La date de fin de la cure doit être indiquée ou, à défaut, la durée du traitement.

Voies d'abord :

Ne cocher qu'une seule case parmi les 4 propositions suivantes : veineuse centrale, veineuse périphérique, sous-cutanée et péri-nerveuse. Seuls les traitements administrés par la voie désignée sont prescrits sur ce formulaire.

Lorsque la voie d'abord est veineuse centrale :

- il doit être précisé s'il s'agit d'une chambre implantable d'un cathéter central ou d'un cathéter central à insertion périphérique « Picc Line ».
- en cas de perfusion par voie centrale réalisée sur plusieurs cycles de cures, si la voie implantée n'est pas mobilisée pendant au moins 7 jours durant ou à la suite de la cure décrite, un des **forfaits d'entretien** de cette voie centrale peut être pris en charge. Cochez la case dédiée en indiquant si cela concerne ou non un « Picc Line ».

Mode d'administration

Un seul mode d'administration doit être choisi. Dans la mesure du possible, lorsque plusieurs modes d'administration peuvent convenir pour la perfusion d'un produit, le prescripteur choisit la perfusion par gravité avant le diffuseur ou le système actif électrique, et le diffuseur avant le système actif électrique; ce choix doit tenir compte de l'impact qu'aurait le mode d'administration au patient sur sa mobilité ou son autonomie.

Une perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes. D'une manière générale une perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes, à l'exception de cas particuliers, justifiés par la nature des produits à perfuser, la nécessité d'un débit spécifique ou une succession de perfusions. Dans l'hypothèse où il serait dérogé à cette durée minimale de 60 minutes pour une perfusion par système actif électrique, le médecin prescripteur en avertit, par courrier justificatif, le médecin conseil de l'assurance maladie.

Lorsque le traitement est administré par système actif électrique, précisez son caractère « fixe » ou « ambulatoire ».

Lorsque le traitement, administré par diffuseur ou système actif électrique, est préparé et rempli en établissement de santé, la case prévue à cet effet doit être cochée.

Médicament à perfuser seul

Pour une voie d'abord donnée, si le prescripteur juge qu'un médicament doit être perfusé seul en raison d'un risque d'interaction ou de l'incompatibilité avec un autre des produits perfusés sur cette voie, la case correspondante doit être cochée. Dans ce cas et sauf exception, un schéma thérapeutique doit être établi et mis à disposition de l'infirmier en charge des soins.

Commentaires

Aucun traitement ne doit être prescrit dans cette partie. Si plus de deux traitements sont prescrits pour une voie d'abord, un autre formulaire doit être utilisé.

Lorsqu'il le juge nécessaire, le prescripteur pourra compléter la prescription en précisant les matériels indispensables pour garantir la sécurité de l'administration des produits.

Lorsqu'un produit doit être perfusé seul ou si la multiplicité des traitements le rend nécessaire, un schéma thérapeutique précisant les horaires de début d'administration, ou de renouvellement de dispositif en cas d'administration continue, peut être réalisé dans cette case.

Sous-section 2 : Dispositifs médicaux pour l'insulinothérapie

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 que 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 dispositions de l'article R. 165-24.

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 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 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 Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit :
- 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 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.
Tous les six 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 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 ou le pharmacien d'officine constate une consommation inférieure à six cathéters 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 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 ou le pharmacien d'officine, de l'évolution des utilisations de cathéters par le patient.

CODE	NOMENCLAT.	Tarif en euro TTC	PLV (en euros TTC)	Prix de cession en euros HT	Date de fin de prise en charge
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	**7,30**	**7,30**		**15-06-2019**

	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 ; - 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	**390,91**	**390,91**		**15-06-2019**

	(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.				
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.	**6,90**	**6,90**	**16,65**	**15-06-2019**

Paragraphe 2 : Pompes à insuline externe sans tubulure extérieure dites « pompes patchs »

Société INSULET France SAS (INSULET)

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 OMNIPOFD 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 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.
Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit :
- 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 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 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 de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, 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 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.
3.3 Garantie
La garantie du programmateur (PDM) est de 4 ans.
En cas de panne du programmateur (PDM), le patient devra contacter le distributeur via un numéro d'appel spécifique 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	Désignation	Prix de cession en € HT	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin prise en charge
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 ;		**390,91**	**390,91**	**28-02-2026**

	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.				
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. 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.	**170,66** **(10 POD)**	**10,21**	**10,21**	**28-02-2026**
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	**175,75** **(1 PDM)**	**3,99**	**3,99**	**28-02-2026**

	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.				

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 :- 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 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 Fiasp),
- 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 pharmacien ou 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 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.

Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit :

- 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 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 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 de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, 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 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.

3.3 Garantie :

La garantie du programmateur (PDM) est de 4 ans. En cas de panne du programmateur (PDM), le patient devra contacter le distributeur via un numéro d'appel spécifique 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	Désignation	Prix de cession en € HT	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin prise en charge
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 pharmacien ou 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 : 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	-	390,91	390,91	15-08-2025
1102330	Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD DASH, forfait journalier POD	170,66	10,21	10,21	15-08-2025

	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 pharmacien ou 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.	**(10 POD)**			
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 ; - 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 pharmacien ou prestataire au bout de 3 mois puis tous les 6 mois soit dans une pharmacie d'officine, 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 pharmacien ou prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur. Cette formation technique continue, réalisée par le pharmacien ou 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.	**175,75 (1 PDM)**	**3,99**	**3,99**	**15-08-2025**

Section 3. – Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et automesure

Sous-section 1 : Dispositifs d'autosurveillance

Paragraphe 1 – Systèmes d'autosurveillance à la glycémie

A- 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.

Génériques

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**43,59**	**43,59**	**15-01-2020**

B- 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.

Génériques

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1173487	Autocontrôle du sucre dans le sang, 10 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 10 bandelettes.	**3,75**	**3,75**	**15-01-2020**
1136894	Autocontrôle du sucre dans le sang, 50 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 50 bandelettes.	**18,75**	**18,75**	**15-01-2020**
1186722	Autocontrôle du sucre dans le sang, 100 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 100 bandelettes.	**37,50**	**37,50**	**15-01-2020**
1180441	Autocontrôle du sucre dans le sang, 150 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 150 bandelettes.	**56,25**	**56,25**	**15-01-2020**
1187408	Autocontrôle du sucre dans le sang, 200 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 200 bandelettes.	**75,00**	**75,00**	**15-01-2020**

C- Set d'autosurveillance de la glycémie

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**64,89**	**64,89**	**15-01-2020**

	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.			
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. 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.	**12,80**	**12,80**	**15-01-2020**

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

Société ROCHE DIABETES CARE France (ROCHE)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 07203233038. Après mise en place de la cassette, celle-ci est utilisable 3 mois	**32,94**	**32,94**	**15-08-2022**
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 : — un système autopiqueur/lecteur de glycémie avec piles (2 piles AAA) ; — un blister de 2 cartouches de 6 lancettes ACCU-CHEK FastClix ; — une cassette de 50 tests ACCU-CHEK MOBILE ; — un manuel d'utilisation du système ACCU-CHEK MOBILE ; — un mémento du système ACCU-CHEK ; — un 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.	**96,80**	**96,80**	**15-08-2022**

E- Système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel

Société Abbott France

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
Mesure du glucose interstitiel dans le traitement des 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 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 jours ouvrés.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Prescription :
La prescription initiale du système FREESTYLE LIBRE 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 doit permettre de sélectionner les patients capables d'utiliser FREESTYLE LIBRE et de porter le capteur.
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.
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.
Education spécifique du patient et/ou de leur entourage :
Avant utilisation, les patients doivent recevoir 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 pour optimiser leur traitement. Le patient doit être également informé de la moindre fiabilité des résultats du système FREESTYLE LIBRE le premier jour de pose. Cette formation est assurée par une structure prenant en charge des patients diabétiques et impliquée dans les programmes d'éducation thérapeutique validés par les ARS. 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 intègre un lecteur de glycémie capillaire. Sa prise en charge exclut celle d'un autre lecteur de glycémie capillaire.
Lors de la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de courte durée, des éléments du système FREESTYLE LIBRE : lecteur et capteur (durée de port de 14 jours).
Après la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de longue durée, des éléments du système FREESTYLE LIBRE : 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 nécessite l'intervention du patient 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, sauf dans les cas répertoriés ci-dessous où le fabricant préconise d'utiliser un lecteur de glycémie capillaire pour vérifier les résultats du taux de glucose dans le sang.
Ces différents cas sont les suivants :
- 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 ;

- 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. Les symptômes qui peuvent être dus à une glycémie basse ou élevée ne doivent pas être ignorés.
Aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire en cas de défaillance du système.
Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le système FREESTYLE LIBRE.
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. Il ne peut y avoir de prise en charge des dispositifs FREESTYLE LIBRE achetés sur internet.

Code	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif/PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1103570	Autocontrôle du glucose interstitiel, lecteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE. Kit de lecture composant le système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE de la société ABBOTT France. Le kit de lecture comprend 1 lecteur FREESTYLE LIBRE, 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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 7154501	**42,51**	**48,49**	**01-06-2022**
1102257	Autocontrôle du glucose interstitiel, 1 capteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE. Kit de mesure composant le système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE de la société ABBOTT France comprenant : 1 capteur (d'une durée de port de 14 jours), 1 applicateur de capteur, 1 lingette imprégnée d'alcool, et la notice du produit. La prise en charge est assurée pour une attribution maximale de 26 capteurs par an par patient. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 7153801 ; 7178001	**33,07**	**37,00**	**01-06-2022**

F- Système de mesure en continu du glucose interstitiel

Dexcom International Limited (DEXCOM)

DEXCOM G4 PLATINUM

INDICATIONS PRISES EN CHARGE
- Patients diabétiques de type 1, adultes d'une part et enfants âgés d'au moins 2 ans d'autre part, 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 auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥4 / j).
- Patients diabétiques de type 1, adultes d'une part et enfants âgés d'au moins 2 ans d'autre part, ayant présenté des hypoglycémies sévères ayant conduit à des interventions médicales en urgence, dans les 12 mois précédents.
DEXCOM G4 PLATINUM est réservé aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système de mesure en continu du glucose.
GARANTIE :
Le capteur est garanti 7 jours, le transmetteur 6 mois et le récepteur 1 an.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
- Prescription
La prescription, y compris pour le renouvellement, et la formation des patients à l'utilisation du système DEXCOM G4 PLATINUM, doivent être assurées par un établissement hospitalier comprenant une structure spécialisée en diabétologie ayant des unités d'éducation thérapeutique pratiquant le traitement intensif par multi-injection ou pompe à insuline du diabète de type 1.
Concernant l'enfant, en l'absence d'une telle structure pédiatrique spécialisée, la prescription et la formation à l'utilisation du système DEXCOM G4 PLATINUM doivent 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, et après validation de la demande d'accord préalable, 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 :
- à la programmation (en particulier réglage des alarmes) ;
- à l'utilisation du moniteur ;
- à l'étalonnage ;
- à l'insertion du capteur.
- Education spécifique
Avant prescription, et après validation de la demande d'accord préalable, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système DEXCOM G4 PLATINUM pour optimiser leur traitement.
- Modalités de prise en charge
Les modalités de prise en charge du système DEXCOM G4 PLATINUM devront permettre la mise à disposition du récepteur, du transmetteur et des consommables nécessaires à son utilisation (la durée de vie d'un capteur est au minimum de 7 jours).
Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système DEXCOM G4 PLATINUM pour une période initiale pouvant aller jusqu'à 3mois maximum, avant prescription de longue durée.
Période initiale :
Une période d'essai d'une durée de 30 jours 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 G4 PLATINUM selon les critères suivants :
- Critères de poursuite :
- Adhésion du patient à la technique ;
- Utilisation suffisante du système DEXCOM G4 PLATINUM (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 de calibration ou temps de port du capteur insuffisant ;
- Non-respect des consignes de consultation de suivi ;
- 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 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
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 G4 PLATINUM.
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 G4 PLATINUM 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 G4 PLATINUM ne se substitue pas aux mesures de glycémie capillaire. La mesure de glycémie capillaire par le lecteur de glycémie doit être maintenue au minimum pour assurer l'étalonnage du dispositif et à chaque ajustement thérapeutique.
L'étalonnage du système doit être réalisé en vérifiant la glycémie environ toutes les 12 heures. Des étalonnages supplémentaires peuvent être nécessaires.
Lors de l'apparition d'une hyperglycémie ou hypoglycémie signalée par le système DEXCOM G4 PLATINUM, il est nécessaire de réaliser une mesure de glycémie capillaire par un lecteur de glycémie. Toute modification du traitement doit s'effectuer en fonction des mesures obtenues à l'aide du lecteur de glycémie capillaire individuel et non selon les valeurs affichées par DEXCOM G4 PLATINUM.

Aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire en cas de défaillance du système.
Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le dispositif DEXCOM G4 PLATINUM.

L'utilisation des codes de facturation de cette rubrique n'est pas cumulable avec l'utilisation des codes 1102257 et 1103570 associés au dispositif FREESTYLE LIBRE de la société ABBOTT France.

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1145999	Autocontrôle du glucose interstitiel, forfait init, DEXCOM, DEXCOM G4 PLATINUM Forfait d'initiation (1er mois) pour la mise à disposition des capteurs, du transmetteur et du récepteur du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G4 PLATINUM de la société Dexcom International Limited MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Pack de 4 capteurs DEXCOM G4 PLATINUM : STS-GF-004 Pack de 1 capteur DEXCOM G4 PLATINUM : STS-GF-001 Kit Transmetteur DEXCOM G4 PLATINUM : STT-GL-004 Kit Récepteur DEXCOM G4 PLATINUM : STK-GL-007 : - 1 récepteur DEXCOM G4 PLATINUM (affichage des mesures en mg/dL) MT-20649-1 ; - 1 Etui pour récepteur MT21294 ; - 1 Chargeur USB MT21255 ; - 1 Cable USB MT20655 ; - 1 Adaptateur Chargeur MT21561 ; - 1 Guide d'utilisation du système Dexcom G4 PLATINUM MT22113.	**142,50**	**142,50**	**30-06-2023**
1126737	Autocontrôle du glucose interstitiel, forfait mensuel, DEXCOM, DEXCOM G4 PLATINUM Forfait mensuel pour la délivrance des capteurs du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G4 PLATINUM de la sociétéDexcom International Limited Le cas échéant, et en dehors de la période de garantie, le distributeur délivre un transmetteur et un récepteur. MODALITÉS DE DELIVRANCE : Le distributeur doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et en informer le médecin prescripteur. Le distributeur doit stopper au plus tôt la distribution de capteurs lorsque le patient, après validation du médecin, ne l'utilise plus et sort de la thérapie par système DEXCOM G4 PLATINUM. RÉFÉRENCES PRISE EN CHARGE : Pack de 4 capteurs DEXCOM G4 PLATINUM : STS-GF-004 Pack de 1 capteur DEXCOM G4 PLATINUM : STS-FL-001 Kit Transmetteur DEXCOM G4 PLATINUM : STT-GL-004 Kit Récepteur DEXCOM G4 PLATINUM : STK-GL-007 : - 1 récepteur DEXCOM G4 PLATINUM (affichage des mesures en mg/dL) MT-20649-1 ; - 1 Etui pour récepteur MT21294 ; - 1 Chargeur USB MT21255 ; - 1 Cable USB MT20655 ; - 1 Adaptateur Chargeur MT21561 ; - 1 Guide d'utilisation du système Dexcom G4 PLATINUM MT22113.	**142,50**	**142,50**	**30-06-2023**

DEXCOM G6

INDICATIONS PRISES EN CHARGE

– 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 auto-surveillance glycémique pluriquotidienne (> ou = à 4 ASG/j).
– 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.
– 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, y compris pour le renouvellement et la formation des patients à l'utilisation du système DEXCOM G6 doivent être assurées par un établissement hospitalier comprenant une structure spécialisée en diabétologie ayant des unités d'éducation thérapeutique pratiquant le traitement intensif par multi-injections ou pompe à insuline du diabète de type 1.
Concernant l'enfant, en l'absence d'une telle structure pédiatrique spécialisée, la prescription et la formation à l'utilisation du système DEXCOM G6 doivent 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 :

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 :

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 (la durée de vie d'un capteur est de 10 jours).
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 (ou la vie d'un transmetteur).

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 biologique (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	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. **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	**200,80**	**200,80**	**01-12-2025**
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, le pharmacien ou prestataire délivre un transmetteur et un récepteur. **MODALITÉS DE DÉLIVRANCE** Le pharmacien ou prestataire doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et en informer le médecin prescripteur. Le pharmacien ou prestataire doit stopper au plus tôt la distribution de capteurs lorsque le patient, après validation du médecin, ne l'utilise plus et sort de la thérapie par système DEXCOM G6. **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	**200,80**	**200,80**	**01-12-2025**

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);
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 du SYSTEME MINIMED 640G ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce traitement doivent être assurées par un centre initiateur de pompes au sens de l'arrêté du 17 juillet 2006. L'équipe du centre initiateur doit avoir 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. Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes désigné ci-dessus. Chez l'enfant, le renouvellement peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique désigné ci-dessus ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.

– 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 le centre initiateur 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	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 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 distributeur doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et en informer le médecin prescripteur. Le distributeur doit stopper au plus tôt la distribution de capteurs lorsque le patient, après validation du médecin, ne l'utilise plus et sort de la thérapie par système MINIMED 640G. REFERENCE PRISE EN CHARGE : Capteur de glucose interstitiel en continu ENLITE: MMT 7008A, MMT 7008B.	**132,34**	**132,34**	**28-02-2023**
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 distributeur doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et en informer le médecin prescripteur. Le distributeur doit stopper au plus tôt la distribution de capteurs lorsque le patient, après validation du médecin, ne l'utilise plus et sort de la thérapie par système MINIMED 640G. REFERENCES PRISE EN CHARGE : Capteur de glucose interstitiel en continu GUARDIAN SENSOR 3: MMT-7020C, MMT-7020D	**132,34**	**132,34**	**28-02-2023**
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	**211,96**	**211,96**	**28-02-2023**
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	**211,96**	**211,96**	**28-02-2023**

Paragraphe 2 – Systèmes d'autosurveillance de la cétonémie

La prise en charge est assurée pour les patients diabétiques de type 1 dans les populations suivantes :
- patients porteurs de pompe à insuline ;
- enfants, adolescents jusqu'à 18 ans
- femmes enceintes ;

Société Abbott France

Code	Référence	prix de cession en € HT	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1177611	Autocontrôle cétonémie, ABBOTT, FreeStyle Optium béta Cétone Electrode pour autocontrôle de la cétonémie Optium béta Cétone ou FreeStyle Optium béta Cétone, la boîte de 10 électrodes. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 70784		**15,30**	**15,30**	**22-03-2024**
1122030	Autocontrôle, app. Lecture autom. Glycémie/cétonémie, ABBOTT, FREESTYLE OPTIUM NEO. Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie. 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 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. 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.	**31,95**	**42,14**	**42,14**	**30-10-2024**

Société A. MENARINI DIAGNOSTICS France (MENARINI)

Code	Référence	prix de cession en € HT	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**31,95**	**42,14**	**42,14**	**01-10-2024**

	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.				
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. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances par semaine doivent être réalisées. Références prises en charge : 45800		**16,20**	**16,20**	**01-10-2024**
1117276	Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX TECH 2K Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France. DESCRIPTION Le lecteur GLUCOFIX TECH 2K est un appareil de mesure de la glycémie et de la cétonémie dans le sang capillaire (conditionnement unitaire). INDICATIONS PRISE EN CHARGE Pour la mesure de la glycémie : - 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. 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.	**31,95**	**42,14**	**42,14**	**15-12-2024**

	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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Lecteur de glycémie et de cétonémie GLUCOFIX TECH 2K : 49912				
1140499	Autocontrôle de la cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX TECH B- KETONE SENSOR B/10 Bandelettes GLUCOFIX TECH B- KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France associées à l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie **DESCRIPTION** Les bandelettes GLUCOFIX TECH B-KETONE SENSOR sont destinées à la mesure quantitative des corps cétoniques (acide beta-hydroxy-butyrique : β-OHB) par une méthode électrochimique. Conditionnement : par boite contenant 10 bandelettes emballées séparément. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Pour la mesure de la glycémie : - 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. **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. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** Bandelettes associées destinées à la mesure de la cétonémie GLUCOFIX TECH β-KETONE SENSOR : 49911		**15,30**	**15,30**	**15-12-2024**

Société MED TRUST France (MED TRUST)

Code	Nomenclature	Prix de cession en	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge

		€ HT			
1170980	Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, MED TRUST, WELLION GALILEO GLU/KET Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie de la société A. MED TRUST. DESCRIPTION Le lecteur WELLION GALILEO GLU/KET est un appareil de mesure de la glycémie et de la cétonémie dans le sang capillaire (conditionnement unitaire). **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Pour la mesure de la glycémie: - 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. **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 Lecteur de glycémie et de cétonémie WELLION GALILEO GLU/KET: – WELL10-04KYFR (couleur jaune); – WELL10-04KWFR (couleur blanche); – WELL10-04KBFR (couleur noire).	**31,95**	**42,14**	**42,14**	**01-08-2025**
1186550	Autocontrôle de la cétonémie, MED TRUST, WELLION GALILEO KET B/10 Bandelettes WELLION GALILEO KET de la société MED TRUST associées à l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie **DESCRIPTION** Les bandelettes WELLION GALILEO KET sont destinées à la mesure quantitative des corps cétoniques (acide beta-hydroxy-butyrique: β-OHB) par une méthode électrochimique. Conditionnement: par boite contenant 10 bandelettes emballées séparément. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Pour la mesure de la glycémie: - 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. **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. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** Bandelettes associées destinées à la mesure de la cétonémie WELLION GALILEO KET B/10: WELL10-10KET.		**15,30**	**15,30**	**01-08-2025**

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.

Génériques

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1117454	Autocontrôle, autopiqueur. Seuls les autopiqueurs garantis au moins 1 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.	-	12,00	12,00	15-01-2020

Code	Nomenclature	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1138090	Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/10.	0,82	1,06	1,06	15-01-2020
1128334	Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/50.	4,09	5,33	5,33	15-01-2020
1186774	Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/100.	8,18	10,65	10,65	15-01-2020
1147308	Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/150.	12,26	15,97	15,97	15-01-2020
1142883	Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/200.	16,35	21,29	21,29	15-01-2020

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1180665	Autocontrôle, 10 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.	0,66	0,66	15-01-2020
1141412	Autocontrôle, 50 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.	3,30	3,30	15-01-2020
1101826	Autocontrôle, 100 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.	6,60	6,60	15-01-2020
1198145	Autocontrôle, 150 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.	10,19	10,19	15-01-2020
1166100	Autocontrôle, 200 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.	13,21	13,21	15-01-2020

Paragraphe 4 – Dispositifs d'autosurveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines

Société ASCENSIA DIABETES CARE France (ASCENSIA)

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	Référence	Tarif en € TTC	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1184309	Autocontrôle, glucose/corps cétoniques, urines, ASCENSIA, kétodiastix, flacon 50 bandelettes	**7,77**	**7,77**	**15-07-2021**

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.

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.

Génériques

Code	Nomenclature	TARIF /PLV (en € TTC) **actuel**	TARIF /PLV (en € TC) au **01/07/2020**	Date de fin de prise en charge
129210	Autotrait., 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.	**8,39/8,39**	**8,31/8,31**	**15-01-2020**
1153059	Autotrait., 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.	**27,99/27,99**	**27,71/27,71**	**15-01-2020**

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 /PLV (en € TTC) **actuel**	TARIF /PLV (en € TC) au **01/07/2020**	Date de fin de prise en charge

1132086	Autotrait., stylo injecteur avec aiguille à cartouches préremplies. La prise en charge est accordée sous réserve de l'inscription de la cartouche adaptée sur la liste des spécialités remboursables.	**43,48/43,48**	**43,03/43,03**	**15-01-2020**
1131690	Autotrait., stylo injecteur, avec aiguilles et réservoir non réutilisables stériles. Autotraitement, stylo injecteur avec aiguilles et réservoir non réutilisables et stériles adaptés pour le stylo	**43,48/43,48**	**43,03/43,03**	**15-01-2020**
1121243	Autotrait., ensemble stérile non réutilisable aiguilles et réservoir pour stylo injecteur	**2,17/2,17**	**2,15/2,15**	**15-01-2020**
1138077	Autotrait., aiguille stérile non réutilisable pour stylo injecteur, B/100. Autotraitement, aiguille stérile et non réutilisable adaptable au stylo injecteur, B/100.	**14,93/14,93**	**14,77/14,77**	**15-01-2020**
1112391	Autotrait., 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.	**29,86/29,86**	**29,56/29,56**	**15-01-2020**
1194673	Autotrait., 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.	**57,96/57,96**	**57,37/57,37**	**15-01-2020**

Société EG LABO - Laboratoires EuroGenerics (EG LABO)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1159174	Autotrait., stylo injecteur avec aiguille à cartouches, EG LABO, MOVYMIA PEN DESCRIPTION MOVYMIA PEN est un stylo injecteur réutilisable à usage individuel. Il est destiné à l'auto-administration de MOVYMIA. INDICATION PRISE EN CHARGE Indications de la spécialité pharmaceutique : - traitement de l'ostéoporose post-ménopausique avérée des femmes présentant au moins deux fractures vertébrales ; - traitement de l'ostéoporose chez l'homme ayant au moins deux fractures vertébrales ; - traitement de l'ostéoporose cortisonique chez les femmes et les hommes à risque élevé de fracture (c'est-à-dire avec antécédents d'au moins deux fractures vertébrales) recevant une corticothérapie au long cours par voie générale. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités de prescription et d'utilisation dépendent de celles de la spécialité pharmaceutique MOVYMIA. La prise en charge est limitée à 18 mois de traitement. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE MOVYMIA PEN	**43,08**	**43,08**	**30-04-2025**

Société SHIRE France (SHIRE)

Code	Nomenclature	TARIF /PLV (en € TTC) **actuel**	TARIF /PLV (en € TTC) au **01/07/2020**	Date de fin de prise en charge
1136345	Autotrait., stylo injecteur avec aiguille à cartouches, SHIRE, NATPAR PEN DESCRIPTION NATPAR PEN est un stylo injecteur réutilisable à usage individuel. Il est destiné à l'auto-administration de NATPAR. INDICATION PRISE EN CHARGE Indication de la spécialité pharmaceutique : Traitement adjuvant des patients adultes présentant une hypoparathyroïdie chronique qui ne peut pas être contrôlée de façon adéquate par un traitement conventionnel seul. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités d'utilisation et de prescription dépendent de celles de la spécialité pharmaceutique NATPAR. La prise en charge doit être assurée dans la limite d'un stylo tous les 2 ans. Toutefois, en cas de panne ou de casse, le remplacement du stylo doit être assuré. La prescription est réservée aux spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition ou en néphrologie. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE B87002	**43,48/43,48**	**43,08/43,08**	**30-09-2024**

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 euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**150,00**	**150,00**	**23-05-2022**
1160533	Tête d'injection sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS, boîte de 13 têtes.	**55,92**	**55,92**	**23-05-2022**

	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).			
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.	**46,42**	**46,42**	**23-05-2022**
1152189	Stylo sans aiguille, ZOMAJET 10, FERRING SAS Stylo sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 10mg/ml, Zomajet 10, société FERRING SAS (France). La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 3 ans.	**150,00**	**150,00**	**23-05-2022**
1197602	Tête d'injection sans aiguille A, B, C, ZOMAJET, FERRING SAS, boîte de 13 têtes Tête d'injection sans aiguille pour stylo sans aiguille, ZOMAJET 10. 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).	**55,92**	**55,92**	**23-05-2022**

Sous-section 3 : Dispositifs médicaux pour automesure

Paragraphe 1 : Appareils pour automesure de l'INR

Les appareils pour automesure de l'INR chez les enfants âgés de moins de 18 ans traités par antivitamine K au long cours sont pris en charge 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.

Ils doivent être réservés aux enfants. Les enfants et leurs parents doivent avoir reçu une éducation thérapeutique au traitement par antivitamine K et une formation à l'automesure.
La prescription, la formation et le suivi des patients doivent être assurés par un service de cardiologie ou de pédiatrie ayant une activité cardiopédiatrique congénitale. Ce service doit être formé à la prise en charge des traitements anticoagulants, notamment à l'éducation thérapeutique, et aux dispositifs d'automesure de l'INR. Il doit également disposer d'une astreinte disponible 24 h/24.
Concernant les enfants ayant une indication non cardiologique, la prescription, la formation et le suivi de ces patients peuvent être assurés par tout autre service d'un établissement hospitalier public ou privé présentant les mêmes prérequis 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 médicales 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.
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.

À l'issue de cette formation, un contrôle avant délivrance des connaissances, théorique et pratique, doit être réalisé par le service référent.
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 réévaluer 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. Ce contrôle doit être assuré par le service référent à l'origine de la formation initiale. À défaut, ce contrôle doit être organisé par un centre d'éducation et de suivi de l'anticoagulation (type « clinique d'anticoagulation ») formé à l'utilisation des dispositifs d'automesure de l'INR, et étant en relation avec le centre initiateur référent.
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 organisée d'éducation et de suivi de l'anticoagulation, type clinique d'anticoagulation, est disponible, un travail en concertation avec cette structure doit être réalisé (notamment par l'envoi d'un courrier accompagnant la prescription du dispositif, la précision aux familles des coordonnées des intervenants impliqués dans le suivi du traitement anticoagulant...).
Les rythmes de mesure de l'INR, pour les patients chez qui est initié un traitement par AVK, sont les suivants :
- INR par automesure une fois par jour : de l'initiation du traitement jusqu'à la fin de la 3e semaine de traitement.
L'automesure sera associée durant cette période à un contrôle de l'INR une fois par semaine en laboratoire d'analyse médicale ;
- INR par automesure une fois par semaine : du premier jour de la 4e semaine de traitement jusqu'à la fin de la 15e semaine de traitement.
L'automesure sera associée durant cette période à un contrôle de l'INR une fois par mois en laboratoire d'analyse médicale ;
- INR par automesure toutes les deux semaines : à partir de la 16e semaine de traitement.
L'automesure sera associée de la 16e semaine à la fin de la 27e semaine à un contrôle de l'INR une fois par mois en laboratoire d'analyse médicale et à partir de la 28e semaine, à un contrôle tous les 6 mois en laboratoire d'analyse médicale.
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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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).	**750,00**	**750,00**	**01-10-2019**
1143894	Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 12. Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 12. Références : 99007G1.	**55,00**	**55,00**	**01-10-2019**
1125241	Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 48. Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 48. Références : 99008G1.	**220,00**	**220,00**	**01-10-2019**

Société Roche Diagnostics (Roche)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. INDICATION SUPPLEMENTAIRE PRISE EN CHARGE Automesure de l'INR chez l'adulte porteur de valve mécanique cardiaque traité par antivitamines K. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION CHEZ l'ADULTE 1 Modalités de dispensation : COAGUCHEK INRANGE doit être réservé aux adultes porteurs de valve mécanique cardiaque ayant	**650,00**	**650,00**	**15-08-2022**

	reçu une éducation sur le traitement par AVK, une formation à l'automesure et ayant réussi le contrôle des connaissances théoriques et pratiques, attesté par un certificat. La prescription initiale de COAGUCHEK INRANGE doit être assurée par un médecin spécialiste en chirurgie cardiaque ou en cardiologie d'un établissement hospitalier public ou privé. La formation, le suivi et le contrôle des connaissances théoriques et pratiques des patients doivent être assurés : Par un service de chirurgie cardiaque ou de cardiologie. Ce service doit être formé à la prise en charge des traitements anticoagulants, notamment à l'éducation thérapeutique, et aux dispositifs d'automesure de l'INR. Ou par une structure d'encadrement, de suivi de l'anticoagulation et de formation à l'automesure de l'INR, de type clinique des Anticoagulants (CAC), Soins de Suite et de réadaptation (SSR), ou centre de rééducation cardiovasculaire (CRCV). Une concertation avec le médecin prescripteur doit être réalisée afin de permettre une prise en charge globale et coordonnée du patient. La prescription du dispositif doit être accompagnée d'un courrier adressé aux intervenants impliqués dans le suivi du traitement anticoagulant du patient (médecin traitant, cardiologue, pharmacien, laboratoire d'analyses de biologie médicale qui réalise habituellement les contrôles de l'INR). Les coordonnées d'un référent à contacter en cas de difficultés doivent être mises à disposition du patient et des intervenants impliqués dans le suivi du patient. Si la formation, le suivi et le contrôle des connaissances sont réalisés par une structure d'encadrement à l'automesure de l'INR, ces structures doivent également indiquer les jours et horaires d'ouverture, les modalités de contact (téléphone, mail…) et rester en relation avec le centre prescripteur du dispositif d'automesure (ou un centre analogue en cas de déménagement). 2) Modalités de la formation initiale aux AVK et à l'automesure : La formation initiale du patient doit comprendre : - Une formation théorique aux traitements AVK et au remplissage du carnet de suivi. - Une formation pratique à l'autopiqûre (notamment sur le prélèvement), et à l'utilisation du dispositif d'automesure. A l'issue de cette formation, un contrôle avant délivrance des connaissances, théorique et pratique, doit être réalisé par le service ou par la structure d'encadrement à l'automesure de l'INR. Ce contrôle doit permettre de vérifier que le patient a 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 le patient ce qui n'a pas été compris et réévaluer les connaissances. A tout moment de leur suivi, les patients qui en éprouvent le besoin peuvent recourir à une structure d'encadrement à l'automesure de l'INR pour bénéficier d'une formation complémentaire à leur formation initiale. 3) Transmission du résultat de l'INR et ajustement de la dose d'AVK : - Lors de la phase d'apprentissage à l'utilisation du dispositif d'automesure à l'initiation du traitement par AVK, le médecin du service ou de la structure d'encadrement évalue la concordance des résultats de l'INR par prise de sang et par automesure et assure l'ajustement thérapeutique. - A son retour à domicile, le patient communique les résultats de l'INR par automesure à son médecin traitant qui réalise l'ajustement thérapeutique et indique au patient la date de son prochain contrôle par			

	automesure. - Lors de la consultation 3 mois après l'intervention chirurgicale, le cardiologue ou le chirurgien cardiaque contrôle les connaissances du patient, l'ajustement thérapeutique, les valeurs d'INR par rapport à la zone-cible recommandée au patient et en rend compte au médecin traitant. - A tout moment, le cas échéant, le patient peut solliciter l'avis du service ou de la structure d'encadrement et de suivi de l'anticoagulation ou de l'assistance téléphonique mise en place par le fournisseur du dispositif d'automesure. Une concertation entre le centre prescripteur, le médecin traitant, et la structure d'encadrement dans le suivi de l'anticoagulation doit être envisagée au bénéfice du patient, dans le cadre de sa prise en globale et coordonnée. Le renouvellement de la prescription des bandelettes peut être assuré par le médecin traitant, le cardiologue, ou le chirurgien cardiaque. 4) Rythme des tests : - A l'initiation du traitement par AVK : Un INR en laboratoire d'analyses de biologie médicale et un INR par automesure réalisés de façon concomitante (prélèvements à intervalle < 3 heures), pour évaluer la concordance des deux mesures. Puis au moins 1 INR par automesure / semaine jusqu'à stabilisation de l'INR. - En période d'INR stabilisé dans la zone-cible : Un INR par automesure toutes les deux semaines. Un contrôle par le 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. - Tous les six mois : Un INR en laboratoire d'analyses de biologie médicale et un INR par automesure sont réalisés de façon concomitante pour réévaluer la concordance des deux mesures. 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 chez l'adulte et l'enfant.			
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. La prise en charge est assurée pour la référence 07671687016.	**100,00**	**100,00**	**15-08-2022**
1117129	Automesure de l'INR, lecteur COAGUCHEK XS, ROCHE. Le conditionnement comprend un étui, un lecteur COAGUCHEK XS, 4 piles alcalines de 1,5 V (alcalines au manganèse) de type AAA, un autopiqueur et 20 lancettes. La garantie du lecteur est de 2 ans. La prise en charge est assurée pour la référence 04625412017.	**790,00**	**790,00**	**15-04-2016**
1162147	Automesure de l'INR, bandelette-test, COAGUCHEK XS, ROCHE, boîte de 24. Les bandelettes sont conditionnées en sachets individuels. La prise en charge est assurée pour la référence 04625358.	**114,00**	**114,00**	**15-04-2016**

Section 4. – Dispositifs médicaux utilisés pour le recueil ou le drainage des urines et des selles

Paragraphe 1Dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines

A- Dispositifs pour l'incontinence urinaire

I- Définition des dispositifs pour l'incontinence urinaire

Les dispositifs pour l'incontinence urinaire sont des dispositifs positionnés autour des organes génitaux. Ils sont destinés à canaliser l'écoulement des urines évacuées par les voies naturelles.

II. - Spécifications techniques

a)L'étui pénien

L'étui pénien est en latex, en silicone, en PVC (polychlorure de vinyle) ou en PU (polyuréthane). Exclusivement masculin, ce dispositif monobloc auto-adhésif couvre le pénis sur tout ou partie de sa longueur. Deux modes de fixation sont possibles :
- soit l'étui assure par lui-même son maintien par les forces d'enveloppement qu'il exerce. Pour les étuis péniens qui ne sont pas auto-adhésifs, l'application de bandes adhésives ou de colle cutanée sur la peau est nécessaire avant de dérouler l'étui sur la verge ;
- soit les produits se maintiennent par film adhésif sur leur surface interne. Seuls les étuis péniens auto-adhésifs sont pris en charge

Un étui n'a pas de capacité de stockage ; l'extrémité distale est dotée d'un embout ou collet destiné à être raccordé au raccord d'un collecteur d'urines.
Il existe deux types d'étui pénien autoadhésif :
- étui pénien monobloc extensible autoadhésif contenant du latex ;
- étui pénien monobloc extensible autoadhésif sans latex dit anallergique.

b) Le manchon périgénital

Le manchon périgénital est un système en une pièce associant une poche qui peut être vidangée à l'aide d'un bouchon refermable et un support, assurant le rôle protecteur cutané et de joint d'étanchéité. Le support protecteur cutané est adapté à l'anatomie masculine ou féminine. La partie centrale du support peut être découpée afin que le support soit positionné au plus près du pourtour de la vulve ou du pénis. Il assure seul l'adhésion à la peau et l'étanchéité. Il guide l'écoulement des urines des hommes dont le pénis ne permet pas de fixer un étui pénien (par exemple, lorsque le pénis est rétracté ou irrité) ou des femmes. Aucun autre support que celui constituant une partie du manchon n'est nécessaire.
La poche est transparente et non stérile. Elle dispose d'un système de vidange qui peut être refermé et qui s'adapte directement au raccord d'un collecteur d'urines de jambe, de lit ou de nuit.
Le manchon n'a qu'une très faible capacité de stockage ; le bouchon s'adapte au raccord d'un collecteur d'urines.
Il existe deux types de manchon périgénital :
- manchon périgénital masculin appelé également sac pour pénis rétracté ;
- manchon périgénital féminin appelé également sac pour femmes avec champ protecteur.

c)L'urinal

L'urinal est un récipient lavable et réutilisable en caoutchouc raccordé à une partie supérieure également en caoutchouc destinée à recevoir le flux urinaire.
Tous les éléments du système sont en caoutchouc, lavables et réutilisables. Le système complet est composé
- d'un manchon réutilisable, fourni avec un système d'accroche (sangles). Il se raccorde directement au collecteur en caoutchouc ou à la rallonge de nuit ;
- d'un collecteur ;
- de toutes les sangles nécessaires au maintien ;
- éventuellement, d'une rallonge de nuit qui s'intercale entre le manchon et le collecteur.

III. - Conditions de prescription et d'utilisation

La prescription est réalisée par un médecin, par un infirmier ou par un kinésithérapeute
L'étui pénien et le manchon périgénital peuvent être renouvelés quotidiennement, ou plus fréquemment en cas de décollement du dispositif.
Lors de la première dispensation des étuis péniens et des manchons périgénitaux, seules une boîte de 1 ou une boîte de 15 unités peuvent être délivrées.

IV. - Indications prises en charge

La prise en charge est assurée pour les indications suivantes :
- pour l'étui pénien : incontinence urinaire masculine ;
- pour le manchon périgénital masculin vidangeable : incontinence urinaire masculine non appareillable ;
- pour le manchon périgénital féminin vidangeable : incontinence urinaire féminine en cas de lésions cutanées périnéales, d'infection ou d'incontinence fécale contre-indiquant l'usage de protections ;
- pour l'urinal : incontinence urinaire masculine chez des patients ayant déjà l'usage de l'urinal en caoutchouc et sous réserve que les alternatives disponibles (étui pénien ou manchon périgénital) ne leur conviennent pas.

V. - Conditions de renouvellement

Dans le cas de l'urinal, la prise en charge peut être renouvelée au maximum une fois tous les 12 mois. Seuls les renouvellements sont pris en charge (pas d'initiation possible).

Etui pénien

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1129374	Incontinence, étui pénien extensible autoadhésif contenant du latex. B/1	**1,23**	**1,62**	**1,62**	**29-06-2029**
1176497	incontinence, étui pénien extensible autoadhésif contenant du latex. B/15	**18,43**	**24,30**	**24,30**	**29-06-2029**
1123006	Incontinence, étui pénien extensible autoadhésif contenant du latex. B/30	**38,47**	**48,60**	**48,60**	**01-09-2028**
1151818	Incontinence, étui pénien extensible autoadhésif anallergique B/1	**1,89**	**2,49**	**2,49**	**29-06-2029**
1119424	Incontinence, étui pénien extensible autoadhésif anallergique. B/15	**29,56**	**37,35**	**37,35**	**29-06-2029**
1139964	Incontinence, étui pénien extensible autoadhésif anallergique. B/30	**63,73**	**74,70**	**74,70**	**01-09-2028**
1171979	Incontinence masculine, étui pénien extensible en latex ou à base de silicone	**0,46**	**0,58**	**0,58**	**01-09-2028**
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	**2,15**	**2,73**	**2,73**	**01-09-2028**

Manchon périgénital

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1124827	Incontinence, manchon périgénital masculin vidangeable. B/1	**3,11**	**4,10**	**4,10**	**29-06-2029**

1156052	Incontinence, manchon périgénital masculin vidangeable. B/10	32,45	41,00	41,00	29-06-2029
1130147	Incontinence, manchon périgénital féminin vidangeable. B/1	5,08	6,70	6,70	29-06-2029
1157732	Incontinence, manchon périgénital féminin vidangeable. B/10	54,93	67,00	67,00	29-06-2029

Urinal en caoutchouc

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1154780	Incontinence, urinal en caoutchouc, système complet réutilisable. B/1	58,71	71,61	71,61	29-06-2029
1126861	Incontinence, manchon réutilisable + syst d'accroche pr urinal caoutchouc. B/1 Manchon réutilisable avec système d'accroche pour urinal en caoutchouc. Boîte de 1	25,14	31,77	31,77	29-06-2029
1187839	Incontinence, rallonge de nuit réutilisable pour urinal en caoutchouc. B/1	5,17	6,82	6,82	29-06-2029

B. - Dispositifs pour l'appareillage des stomies urinaires

I. - Définition des dispositifs des stomies urinaires

L'appareillage des stomies urinaires consiste en la mise en place de systèmes de recueil du flux urinaire, qu'il provienne de la stomie ou d'un cathéter d'urétérostomie. En cas de néphrostomie bilatérale ou urétérostomie, deux appareillages sont nécessaires.
Lorsque la stomie est continente, l'appareillage permet de la protéger. Il s'agit dans ce cas d'un appareillage de petite taille, à capacité réduite, pouvant être remplacé, selon le choix du patient, par un simple pansement de protection.
Il existe deux types de système de recueil, les systèmes en une pièce et les systèmes en deux pièces.

II. - Spécifications techniques

a) Le système en une pièce

Le « système en une pièce » comporte un support protecteur solidaire de la poche dont l'une des faces adhère à la peau. L'ensemble du système est retiré à chaque changement de poche.

b) Le système en deux pièces

Le « système en 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 peut rester en place plusieurs jours, permettant le remplacement, une ou plusieurs fois par jour de la poche uniquement. La stricte correspondance de l'anneau de la poche et de celui du support est impérative pour garantir l'étanchéité.

c) Spécifications communes aux deux systèmes

La poche d'urostomie est transparente ou opaque et dispose d'une valve anti reflux.
La poche est vidangeable. Elle est dotée d'un embout obturable permettant soit l'élimination directe des urines dans les toilettes, soit l'écoulement de celles-ci dans un collecteur.
Le système de vidange peut être refermé (à de multiples reprises) et s'adapte au raccord d'un collecteur d'urines de jambe, de lit ou de nuit, directement ou à l'aide d'un adaptateur fourni avec la poche. La face orientée vers la peau est revêtue d'un voile de protection.
Pour les deux systèmes, le support protecteur peut être de forme plane (standard) ou convexe (non standard). Le support ou la poche peuvent être munis de plusieurs œillets permettant d'attacher une ceinture. Le support protecteur cutané peut être découpé ou modelé pour être ajusté à la taille de la stomie ; il assure seul l'adhésion à la peau et l'étanchéité.
Il est inscrit au paragraphe « Supports de poches et accessoires ».

III. - Modalités de prescription et d'utilisation

La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
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.

IV. - Indications prises en charge

Les poches d'urostomie sont prises en charge pour le recueil d'urine s'écoulant d'une stomie urinaire.
Le support de forme convexe est indiqué pour les stomies invaginées ou plane ou dont le pourtour cutané est irrégulier pour éviter l'écoulement d'effluent entre la peau et le support.
Dans les autres cas, le support de forme standard est indiqué.

Poche d'urostomie avec support (système en 1 pièce)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1198085	Urostomie, poche + support (syst 1 pc) std, vidangeable, non stérile. B/10 Poche d'urostomie avec support (système en 1 pièce) standard, vidangeable, non stérile. Boîte de 10	**30,77**	**38,88**	**38,88**	**29-06-2029**
1161662	Urostomie, poche + support (syst 1 pc) std, vidangeable, non stérile. B/30 Poche d'urostomie avec support (système en 1 pièce) standard, vidangeable, non stérile. Boîte de 30	**99,49**	**116,64**	**116,64**	**29-06-2029**
1192533	Urostomie, poche + support (syst 1 pc) non std, vidangeable, non stérile. B/10 Poche d'urostomie avec support (système en 1 pièce) non standard, vidangeable, non stérile. Boîte de 10	**30,93**	**39,08**	**39,08**	**29-06-2029-**
1121237	Urostomie, poche + support (syst 1 pc) non std, vidangeable, non stérile. B/30 Poche d'urostomie avec support (système en 1 pièce) non standard, vidangeable, non stérile. Boîte de 30 Date de fin de prise en charge : + 10 ans	**100,02**	**117,24**	**117,24**	**29-06-2029**

Poche d'urostomie sans support (système en 2 pièces)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1155006	Urostomie, poche ss support (syst 2 pc), vidang+, non stérile. B/10 Poche d'urostomie sans support (système en 2 pièces) à couplage adhésif ou mécanique, vidangeable, non stérile. Boîte de 10	**28,08**	**35,48**	**35,48**	**29-06-2029**
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	**90,79**	**106,44**	**106,44**	**29-06-2029**

C. - Dispositifs de drainage vésical.

I. - Définition des dispositifs de drainage vésical

Les sondes urinaires sont destinées à la vidange de la vessie.
On distingue deux types principaux de sondages réalisés :

- le sondage intermittent, qui est pratiqué plusieurs fois par jour à l'aide d'une sonde qui ne reste pas en place ; celle-ci est insérée jusque dans la vessie, puis elle est retirée lorsque la vidange des urines est terminée ;
- le sondage à demeure, qui consiste en la mise en place d'une sonde dont l'extrémité est ancrée dans la vessie par un ballonnet. Elle permet une vidange continue des urines pendant une durée de plusieurs jours ou semaines.

a) La sonde urinaire

Une sonde est stérile et constituée d'au moins deux parties :

- le corps de la sonde qui est introduit partiellement ou complètement dans l'urètre ;
- l'extrémité proximale du corps de la sonde qui comporte le ou les orifices de sortie de chacune des voies. L'orifice du canal de drainage est parfois doté d'un godet.

Le corps de la sonde :
Le corps des sondes urinaires est caractérisé par :

- ses matériaux constitutifs : latex, latex enduit, silicone, PVC (polychlorure de vinyle), POBE (polyOlefin-Based) ou PU (polyuréthane) ;
- son revêtement faisant interface avec l'urothélium (non lubrifié, pré-lubrifié ou hydrophile) ;
- sa longueur (variable en fonction du sexe) ;
- ses diamètres interne et externe (≤ Charrières (CH) 10 où CH 1 = 1/3 de mm, destiné principalement aux enfants) ;
- le nombre de voies (une voie pour sondage intermittent, deux voies pour sondage à demeure et trois voies pour lavage vésical) ;
- le type d'extrémité distale (courbure : droite ou béquillée, ouverture distale : ouverte ou fermée, forme de l'extrémité : arrondie, biseautée ou olivaire).

Le ballonnet :
Le ballonnet est spécifique des sondes à demeure car il permet aux orifices distaux d'être maintenus correctement dans la vessie. Le ballonnet est situé au plus près de l'extrémité distale. Son volume de remplissage varie de 3 mL, en pédiatrie, jusqu'à environ 50 mL.
L'extrémité proximale :
Pour les sondes de sondage intermittent, l'extrémité proximale est dotée d'un godet rigide servant de poignée de préhension pour l'introduction, le maintien et le retrait de la sonde. Certaines sondes ont un collecteur d'urine scellé au godet dont la capacité est d'au moins 700 mL. Les sondes ayant un godet doté d'un embout femelle Luer verrouillable sont destinées aux instillations intra-vésicales.
Pour les sondes à demeure, l'extrémité proximale permet le raccord au tuyau drainant les urines vers le collecteur ; un matériau distinct de celui du corps de la sonde peut être utilisé. Dans le cas des sondes multivoies, les extrémités des autres voies sont dotées de valves associées à des connecteurs de type Luer, verrouillables ou non.

b) Le cathéter sus-pubien

Le cathétérisme sus-pubien, comme le sondage à demeure, consiste en la mise en place d'un cathéter dont l'extrémité est ancrée dans la vessie par un ballonnet. Ces cathéters sont dotés d'un trocard sécable qui permet l'effraction du plan cutané. Ils permettent le drainage en continu des urines au travers d'un orifice abdominal.

II. - Spécifications techniques

a) Sonde de drainage vésical intermittent

Les spécifications techniques varient selon les caractéristiques des sondes :

- sondes avec latex ou non (matériaux anallergiques) ;
- sondes non lubrifiées : elles sont uniquement utilisables chez les femmes, sont droites, et leur longueur est inférieure ou égale à 25 cm ;
- sondes prélubrifiées : elles sont droites ou béquillées et la lubrification du corps de la sonde a lieu avant l'ouverture du conditionnement primaire ;
- sondes hydrophiles : elles sont droites ou béquillées. Leur revêtement est constitué d'un polymère captant les molécules d'eau ou de sérum physiologique, formant un gel hydrophile solidaire du corps de la sonde et le recouvrant en totalité ;
- sondes COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT : elles sont télescopiques et contiennent un lubrifiant hydrophile solidaire de la sonde. Le corps de la sonde est en polyuréthane. Il est immergé dans son conditionnement primaire dans une solution de polyvinyle pyrrolidone.
- sondes avec collecteur scellé : le collecteur est scellé à la sonde et le volume pouvant être collecté au maximum est supérieur ou égal à 700 mL. Le collecteur est vidangeable.

b) Sonde ou cathéter de drainage vésical permanent

Sonde vésicale à ballonnet (système non clos)
Des spécifications techniques différentes sont permises selon les caractéristiques des sondes :

- diamètre externe : ≥ CH 12 ou < CH 12 ;
- matériau : 100 % silicone (seul autorisé si durée d'utilisation attendue supérieure à 14 jours) ou autre matériau ;
- extrémité distale : droite ou béquillée ;
- nombre de voies : double ou triple (lavage vésical).

Sonde vésicale à ballonnet préconnectée à un collecteur (système clos)
Le système clos (constitué de la sonde et du collecteur) est composé de deux parties préconnectées :

- une sonde de drainage vésical à ballonnet dite à demeure, double voie, à extrémité droite ou béquillée, de diamètre externe ≥ CH 12, en 100 % silicone ou en autre matériau ;
- un collecteur stérile avec un site de prélèvement, une chambre compte-goutte avec valve anti reflux, une prise d'air filtrée et un système de vidange dont la capacité de remplissage est supérieure ou égale à 500 mL. Le système d'attache permettant la suspension à un support, à un meuble ou à une potence est solidaire du collecteur.

Le système clos correspond à l'assemblage avant la pose d'une sonde et d'un collecteur stérile qui ne doivent pas être déconnectés pendant toute la durée du sondage. Ils sont retirés ensemble.
Cathéter sus-pubien, à ballonnet, sans latex en silicone
Le cathéter sus-pubien correspond à un cathéter sans latex constitué à 100% de silicone et est doté d'un ballonnet avec trocart.

III. - Modalités de prescription et d'utilisation

La prescription des dispositifs de drainage vésical est réalisée par un médecin ou par un infirmier à l'exception des sondes de drainage vésical permanent et du cathéter sus-pubien qui sont seulement prescrits par un médecin.
Pour le sondage intermittent, le patient est formé à l'utilisation du dispositif avant sa sortie de l'établissement de santé.
L'utilisation des sondes de drainage vésical permanent au domicile est conditionnée au respect du principe de système clos, durant toute la durée du drainage.

IV. - Indications prises en charge

Sondage intermittent :
Dans le cas de sondes de drainage vésical intermittent avec collecteur scellé, la prise en charge est assurée pour le drainage des urines par auto ou hétéro sondage, en cas de rétention urinaire lorsque l'accès aux toilettes est difficile
Pour les autres sondes, c'est-à-dire sans collecteur scellé, la prise en charge est assurée pour le drainage des urines par auto ou hétéro sondage, en cas de rétention urinaire.
Sondage permanent :
La prise en charge des sondes de drainage vésical permanent à double voie en 100 % silicone ou latex est assurée en cas de drainage vésical des urines, en l'absence d'alternative.
Les sondes de drainage en latex sont indiquées, uniquement lorsque la durée prévisible d'utilisation est inférieure à 14 jours.
La prise en charge des sondes de drainage vésical permanent à triple voie est assurée en cas de lavage vésical.
La prise en charge est assurée pour le cathéter sus-pubien en cas de drainage vésical des urines par voie sus-pubienne.

Sonde de drainage vésical intermittent sans collecteur scellé

Non lubrifiée sans latex

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1160830	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, non lubrifiée, sans latex, femme. B/1 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, non lubrifiée, anallergique (sans latex), pour femme. Boîte de 1 Date de fin de prise en charge : + 10 ans	**0,89**	**1,17**	**1,17**	**29-06-2029**
1124566	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, non lubrifiée, sans latex, femme. B/20 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, non lubrifiée, anallergique (sans latex), pour femme. Boîte de 20 Date de fin de prise en charge : + 10 ans	**17,75**	**23,40**	**23,40**	**29-06-2029**
1130288	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, non lubrifiée, sans latex, femme. B/30	**27,78**	**35,10**	**35,10**	**29-06-2029**

	Sonde de drainage vésical intermittent stérile, non lubrifiée, anallergique (sans latex), pour femme. Boîte de 30				

Prélubrifiée ou hydrophile sans latex

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1121250	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, prélubrifiée/hydrophile, sans latex. B/1 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 1	**1,98**	**2,61**	**2,61**	**29-06-2029**
1153898	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, prélubrifiée/hydrophile, sans latex. B/20 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 20	**41,32**	**52,20**	**52,20**	**29-06-2029**
1112669	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, prélubrifiée/hydrophile, sans latex. B/30 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 30	**66,79**	**78,30**	**78,30**	**29-06-2029**
1130816	Drainage, sonde vésic intermitt stérile, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, B/30 Sonde de drainage vésical intermittent stérile, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, Boîte de 30 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	**70,76**	**82,94**	**82,94**	**01-11-2021**

Sonde de drainage vésical intermittent avec collecteur scellé

Prélubrifiée ou hydrophile sans latex

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1127168	Drainage, sonde vésic intermitt stérile +collect scellé, prélub/hydroph, sans latex. B/1 Sonde de drainage vésical intermittent stérile avec collecteur scellé, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 1	**2,67**	**3,52**	**3,52**	**29-06-2029**
1111523	Drainage, sonde vésic intermitt stérile +collect scellé, prélub/hydroph, sans latex. B/10 Sonde de drainage vésical intermittent stérile avec collecteur scellé, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 10	**27,86**	**35,20**	**35,20**	**29-06-2029**
1183126	Drainage, sonde vésic intermitt stérile +collect scellé, prélub/hydroph, sans latex. B/30 Sonde de drainage vésical intermittent stérile avec collecteur scellé, prélubrifiée ou hydrophile, anallergique (sans latex). Boîte de 30	**90,09**	**105,60**	**105,60**	**29-06-2029**
1194220	Drainage, sond intermitt stérile + collect, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, B/20 Sonde de drainage vésical intermittent stérile avec collecteur scellé, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, Boîte de 20 REFERENCES PRISES EN CHARGE : - SPEEDICATH COMPACT Set Femme : réf 285201, 285221, 285241 - SPEEDICATH COMPACT Set Homme : réf 284221	**63,20**	**74,08**	**74,08**	**01-11-2021**

Sonde ou cathéter de drainage vésical permanent - Conditionnement unitaire

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1190132	Drainage, sonde vésicale à ballonnet, double voie, droite ou béquillée, de diamètre ≥ 12CH Sonde vésicale à ballonnet, double voie, droite ou béquillée, de diamètre ≥ 12CH	5,17	6,82	6,82	29-06-2029
1195796	Drainage, sonde vésic à ballonnet, 2 voies, droite ou béquillée, diam ≥ 12CH, 100% silicone Sonde vésicale à ballonnet, double voie, droite ou béquillée, de diamètre ≥ 12CH, 100% silicone	9,08	11,98	11,98	29-06-2029
1198240	Drainage, sonde vésicale à ballonnet, 2 voies, diam < 12CH. Sonde vésicale à ballonnet, double voie, de diamètre < 12CH.	6,42	8,46	8,46	29-06-2029
1116443	Drainage, sonde vésicale à ballonnet, 2 voies, diam < 12CH, 100% silicone. Sonde vésicale à ballonnet, double voie, de diamètre < 12CH, 100% silicone.	15,92	20,99	20,99	29-06-2029
1147509	Drainage, sonde vésicale à ballonnet, à 3 voies.	11,09	14,63	14,63	29-06-2029
1198926	Drainage, sonde vésicale à ballonnet, à 3 voies, 100% silicone.	28,68	36,24	36,24	29-06-2029
1131804	Drainage, sonde vésic à ball + collect (syst clos), 2 voies, dte ou béq, diam ≥ 12CH. Sonde vésicale à ballonnet préconnectée à un collecteur (système clos), double voie, droite ou béquillée, de diamètre ≥ 12CH.	6,27	8,27	8,27	29-06-2029
1127978	Drainage, sde vés à ball + coll (syst clos), 2 voies, dte ou béq, diam ≥ 12CH, 100% sil Sonde vésicale à ballonnet préconnectée à un collecteur (système clos), double voie, droite ou béquillée, de diamètre ≥ 12CH, 100% silicone.	11,02	14,53	14,53	29-06-2029
1112178	Drainage, cathéter sus-pubien, à ballonnet, 100% silicone	17,58	23,19	23,19	29-06-2029

D. - Collecteurs d'urine

I. - Définition du collecteur d'urine

Le collecteur d'urine est un dispositif médical destiné au recueil des urines à distance de l'orifice par lequel elles sont évacuées.
Il se connecte à l'aide d'un raccord :

- à l'embout d'une sonde à demeure ou un cathéter sus-pubien ; il a alors les caractéristiques suivantes :
- stérile ;
- vidangeable ;
- doté d'une tubulure, d'un système anti reflux, d'un site de prélèvement, d'une prise d'air filtrée,
- à l'embout d'un étui pénien, d'un manchon péri-génital, d'une poche de stomie urinaire ou, parfois, d'une sonde de sondage intermittent ; il a alors les caractéristiques suivantes :

- non stérile ;
- vidangeable ;
- doté d'une tubulure et d'un système anti-reflux.

Lorsque les collecteurs sont destinés à être au contact de la peau (collecteurs ou poches de jambe), la face interne en contact avec la peau est dotée d'un voile protecteur pouvant être en un matériau non-tissé ; leur maintien à la jambe est assuré par des attaches ou un filet réutilisable. Les autres collecteurs sont munis d'un système d'accroche à un meuble ou à un support.

II. - Spécifications techniques

a) Collecteur de jambe non stérile avec ou sans attache

Le collecteur de jambe non stérile correspond à un collecteur d'urine, ambulatoire, dit « de jambe », avec valve anti reflux, pouvant être vidangé et non stérile.
Le collecteur de jambe est fourni avec ou sans système d'attache à la jambe. Il est associé à une tubulure dont le raccord situé à l'extrémité permet la connexion à un étui pénien, à un manchon périgénital, à une poche d'urostomie ou à une sonde de drainage à intermittent.
Dans le collecteur de jambe avec attache de jambe, le système d'attache à la jambe est solidaire du collecteur ou non.

b) Collecteur de jambe stérile sans attache

Le collecteur de jambe stérile correspond à un collecteur d'urine, ambulatoire, dit « de jambe », avec valve anti reflux, pouvant être vidangé et stérile. Le collecteur est associé à une tubulure dont le raccord situé à l'extrémité permet la connexion directe à une sonde vésicale à ballonnet, un cathéter sus-pubien ou une sonde d'urétérostomie cutanée ou de néphrostomie.
Dans le collecteur de jambe avec attache de jambe, le système d'attache à la jambe est solidaire du collecteur ou non.

c) Collecteur de lit ou de nuit non stérile avec ou sans accroche

Le collecteur de lit ou de nuit non stérile correspond à un collecteur d'urine, statique, dit « de lit » ou « de nuit », avec valve anti reflux, qui peut être vidangé, non stérile. Le système d'accroche permettant la suspension à un support, à un meuble ou à une potence est solidaire ou non du collecteur. Le collecteur est associé à une tubulure dont le raccord situé à l'extrémité permet la connexion à un étui pénien, à un manchon périgénital ou à une poche d'urostomie ou à une sonde de drainage à intermittent.

d) Collecteur de lit ou de nuit stérile avec ou sans accroche

Le collecteur d'urine, statique, dit « de lit » ou « de nuit » est stérile et peut être vidangé. Il est doté d'un site de prélèvement ou non, d'une valve anti reflux et d'une prise d'air filtrée. Le système d'accroche à un support est solidaire ou non du collecteur. Le collecteur est associé à une tubulure dont le raccord situé à l'extrémité permet la connexion directe à une sonde vésicale à ballonnet, à un cathéter sus-pubien ou à une sonde d'urétérostomie cutanée ou de néphrostomie.

III. - Modalités de prescription et d'utilisation

La prescription est réalisée par un médecin, par un infirmier ou par un kinésithérapeute

IV. - Indications prises en charge

Collecteur de jambe non stérile, avec ou sans attache et collecteur de lit ou de nuit non stérile avec ou sans accroche :
La prise en charge pour ces dispositifs est assurée en cas de recueil des urines par étui pénien, manchon périgénital, poche d'urostomie ou sonde de drainage intermittent lorsque les sondes scellées à un collecteur ne sont pas adaptées.

Collecteur de jambe stérile sans attache et collecteur de lit ou de nuit stérile avec ou sans accroche :
La prise en charge pour ces dispositifs est assurée en cas de recueil des urines par sonde vésicale à ballonnet, cathéter sus-pubien ou sonde d'urétérostomie cutanée ou de néphrostomie.

Collecteur de jambe

Vidangeable, non stérile, sans attache

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1113249	Incontinence, coll de jambe, vidang+, non stérile, ss attache, raccord+ B/10 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, non stérile, sans attache, avec raccord. Boîte de 10	**17,17**	**21,33**	**21,33**	**29-06-2029**
1176557	Incontinence, coll de jambe, vidang+, non stérile, ss attache, raccord+ B/30 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, non stérile, sans attache, avec raccord. Boîte de 30	**52,46**	**63,99**	**63,99**	**29-06-2029**

Vidangeable, non stérile, avec attaches

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1108283	Incontinence, coll de jambe, vidang+, non stérile, attache+, raccord+. B/10 Collecteur d'urine de jambe ou de nuit/ de lit, vidangeable, non stérile, avec attache, avec raccord. Boîte de 10	**15,55**	**20,50**	**20,50**	**29-06-2029**
1146935	Incontinence, coll de jambe, vidang+, non stérile, attache+, raccord+. B/30 Collecteur d'urine de jambe ou de nuit/ de lit, vidangeable, non stérile, avec attaches, avec raccord. Boîte de 30	**50,42**	**61,50**	**61,50**	**29-06-2029**

Vidangeable, stérile, sans attache

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1128200	Incontinence, coll de jambe, vidang+, stérile, sans attache, raccord+. B/10 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, stérile, sans attache, avec raccord. Boîte de 10	**16,61**	**21,90**	**21,90**	**29-06-2029**
1142660	Incontinence, coll de jambe, vidang+, stérile, sans attache, raccord+. B/30 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, stérile, sans attache, avec raccord. Boîte de 30	**53,86**	**65,70**	**65,70**	**29-06-2029**

Vidangeable, stérile, avec attaches

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1157471	Incontinence, coll de jambe, vidang+, stérile, attache+, raccord+. B/10 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, stérile, avec attache, avec raccord. Boîte de 10	16,61	21,90	21,90	29-06-2029
1103216	Incontinence, coll de jambe, vidang+, stérile, attache+, raccord+. B/30 Collecteur d'urine de jambe, vidangeable, stérile, avec attache, avec raccord. Boîte de 30	53,86	65,70	65,70	29-06-2029

Collecteur de nuit ou de lit

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1195862	Incontinence, coll de nuit, vidang+, non stérile, +/-accroche, avec raccord. B/10 Collecteur d'urine de nuit ou de lit, vidangeable, non stérile, avec ou sans accroche, avec raccord. Boîte de 10	16,42	21,65	21,65	29-06-2029
1159429	Incontinence, coll de nuit, vidang+, non stérile, +/-accroche, avec raccord. B/30 Collecteur d'urine de nuit ou de lit, vidangeable, non stérile, avec ou sans accroche, avec raccord. Boîte de 30	53,25	64,95	64,95	29-06-2029
1131307	Incontinence, coll de nuit, vidang+, stérile, +/-accroche, avec raccord. B/10 Collecteur d'urine de nuit ou de lit, vidangeable, stérile, avec ou sans accroche, avec raccord. Boîte de 10	15,69	20,69	20,69	29-06-2029
1188224	Incontinence, coll de nuit, vidang+, stérile, +/-accroche, avec raccord. B/30 Collecteur d'urine de nuit ou de lit, vidangeable, stérile, avec ou sans accroche, avec raccord. Boîte de 30	50,89	62,07	62,07	29-06-2029

Paragraphe 2 Dispositifs médicaux de recueil de selles et d'irrigation

A. - Dispositifs pour l'appareillage des stomies digestives

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 (cf. « Accessoires destinés aux systèmes de recueil des urines ou des selles »). 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.
Le support protecteur cutané est inscrit sous l'alinéa « Supports de poches de recueil pour systèmes en 2 pièces ».
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

La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
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).

Poches de recueil des matières fécales

1Avec support - système 1 pièce

a)Non-vidable

I. Support standard

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1130271	Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) std, non-vidable. B/10 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) standard, non-vidable. Boîte de 10	**17,18**	**22,65**	**22,65**	**29-06-2029**
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	**55,71**	**67,95**	**67,95**	**29-06-2029**

II. Support non standard (convexe)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1125117	Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) non std, non-vidable. B/10 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) non standard (convexe), non-vidable. Boîte de 10	**17,44**	**23,00**	**23,00**	**29-06-2029**
1143523	Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) non std, non-vidable. B/30 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) non standard (convexe), non-vidable. Boîte de 30	**56,57**	**69,00**	**69,00**	**29-06-2029**

b. Vidable

I. Support standard

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1161550	Digestif, poche de rec. de mat. fécales, avec supp (syst 1 pc), vidable. B/10 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) standard, vidable. Boîte de 10	**22,87**	**30,16**	**30,16**	**29-06-2029**
1154449	Digestif, poche de rec. de mat. fécales, avec supp (syst 1 pc), vidable. B/30 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) standard, vidable. Boîte de 30	**77,18**	**90,48**	**90,48**	**29-06-2029**

II. Support non standard

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1192875	Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) non std, vidable. B/10 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) non standard (convexe), vidable. Boîte de 10	**23,51**	**31,00**	**31,00**	**29-06-2029**
1110370	Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) non std, vidable. B/30 Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) non standard (convexe), vidable. Boîte de 30	**79,34**	**93,00**	**93,00**	**29-06-2029**

WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1194667	Digestif, poche rec. mat. fécal jetable + supp, WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA, 30 Poche de recueil de matières fécales jetable, avec support (système en 1 pièce), WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA, Boîte de 30	**78,00**	**88,00**	**88,00**	**30-11-2017**

2. Sans support - système 2 pièces

a). Non vidable

Code	Nomenclature	Prix de	tarif en €	PLV en €	Date de fin de

		cession en € HT	TTC	TTC	prise en charge
1185266	Digestif, poc rec. mat. fécales, ss supp (2 pc), non-vid. B/10 Poche de recueil de matières fécales, sans support (système 2 pièces), avec système de couplage adhésif ou mécanique, non-vidable. Boîte de 10	**10,62**	**14,01**	**14,01**	**29-06-2029**
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	**33,27**	**42,03**	**42,03**	**29-06-2029**

b). Vidable

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1155897	Digestif, poche rec mat fécales, ss supp (2 pc), vidable. B/10 Poche de recueil de matières fécales, sans support (système 2 pièces), avec système de couplage adhésif ou mécanique, vidable. Boîte de 10	**19,11**	**25,20**	**25,20**	**29-06-2029**
1113901	Digestif, poche rec mat fécales, ss supp (2 pc), vidable. B/30 Poche de recueil de matières fécales, sans support (système 2 pièces), avec système de couplage adhésif ou mécanique, vidable. Boîte de 30	**64,49**	**75,60**	**75,60**	**29-06-2029**

Mini-poches de recueil de matières fécales

Avec support - système 1 pièce

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1163081	Digestif, mini-poche recueil de mat fécales, avec support (syst 1 pc). B/10 Mini-poche de recueil de matières fécales, avec support (système en 1 pièce) standard ou non standard.). Boîte de 10	**17,15**	**22,61**	**22,61**	**29-06-2029**
1153792	Digestif, mini-poche recueil de mat fécales, avec support (syst 1 pc). B/30 Mini-poche de recueil de matières fécales, avec support (système en 1 pièce) standard ou non standard.). Boîte de 30	**55,61**	**67,83**	**67,83**	**29-06-2029**

Sans support - système 2 pièces

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1134205	Digestif, mini-poche de rec. mat. fécales, ss support, + syst coupl adh/méca. B/10 Mini-poche de recueil de matières fécales, sans support, avec système de couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 10	**12,19**	**16,07**	**16,07**	**29-06-2029**
1192622	Digestif, mini-poche de rec. mat. fécales, ss support, + syst coupl adh/méca. B/30 Mini-poche de recueil de matières fécales, sans support, avec système de couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 30	**38,16**	**48,21**	**48,21**	**29-06-2029**

Pour collecteur Haut Débit

Standard - Système 1 pièce

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1179372	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ac supp, std, vidable. B/10 Digestif, poche de recueil de matières fécales pour collecteur à haut débit, avec support (système 1 pièce) standard, vidable. Boîte de 100	**23,51**	**31,00**	**31,00**	**29-06-2029**
1175693	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ac supp, std, vidable. B/30 Digestif, poche de recueil de matières fécales pour collecteur à haut débit, avec support (système 1 pièce) standard, vidable. Boîte de 30	**79,34**	**93,00**	**93,00**	**29-06-2029**

Non standard - Système 1 pièce

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1163224	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ac supp, non standard, vidable. B/10 Digestif, poche de recueil de matières fécales pour collecteur à haut débit, avec support (système 1 pièce) standard ou non standard, vidable. B/10	**23,51**	**31,00**	**31,00**	**29-06-2029**
1131610	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ac supp, non standard, vidable. B/30 Digestif, poche de recueil de matières fécales pour collecteur à haut débit, avec support (système 1 pièce) non standard, vidable. B/30	**79,34**	**93,00**	**93,00**	**29-06-2029**

Système deux pièces

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1163514	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ss supp (sys 2p), vidable. B/10 Digestif, poche de recueil de matières fécales, sans support (système en 2 pièces), pour collecteur à haut débit à couplage adhésif ou mécanique. B/10	**19,11**	**25,20**	**25,20**	**29-06-2029**
1149610	Digestif, poch rec mat fécal pr coll HD, ss supp (sys 2p), vidable. B/30 Digestif, poche de recueil de matières fécales, sans support (système en 2 pièces), pour collecteur à haut débit à couplage adhésif ou mécanique. B/30	**64,49**	**75,60**	**75,60**	**29-06-2029**

Sets de de recueil de matières fécales

Code	Nomenclature	Prix de cession en	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

		€ HT			
1131336	Digestif, set rec. mat. fécal poche vid. B/30 + syst de coupl adh/méca et supp. B/10 Set de recueil de matières fécales par poche vidable, avec système de couplage adhésif ou mécanique et support standard ou non standard. Boîte de 30 poches et 10 supports.	**86,09**	**100,92**	**100,92**	**29-06-2029**
1185042	Digestif, set rec. mat fécal par poche fermée. B/50 + sys coupl adh/méca et support. B/10 Set de recueil de matières fécales par poche fermée (non-vidable), avec système de couplage adhésif ou mécanique et support standard ou non standard. Boîte de 50 poches et 10 supports.	**89,74**	**105,20**	**105,20**	**29-06-2029**

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

La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
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.

Collecteurs de matières fécales à haut débit

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 140100	**35,38**	**44,79**	**44,79**	**01-09-2024**
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, 039900 FR.	**56,15**	**71,07**	**71,07**	**14-03-2025**

C. - Dispositifs 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

La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
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.

Dispositifs pour l'irrigation colique au travers d'une colostomie

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1100235	Colostomie, set pour irrigation colique	38,27	48,35	48,35	29-06-2029
1195098	Colostomie, régulateur de débit pour irrigation colique. B/1	3,61	4,76	4,76	01-09-2028
1185214	Colostomie, réservoir pour irrigation colique. B/1	8,51	11,22	11,22	01-09-2028
1182842	Colostomie, raccord de canule à bout conique pour irrigation colique. B/1	2,77	3,65	3,65	01-09-2028
1132985	Colostomie, manchon pour irrigation colique B/1	0,73	0,96	0,96	01-09-2028
1101565	Colostomie, manchon pour irrigation colique B/30	21,84	28,80	28,80	01-09-2028

D. - 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

Accessoires pour l'appareillage des stomies digestives

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1136121	Stomie, tampon absorbant avec filtre. B/10	19,27	25,41	25,41	01-09-2028
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		39,33	55,00	31-07-2025

E. - 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.

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 est réalisée par un médecin ou par un infirmier.

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.

Dispositifs pour l'incontinence fécale et les troubles colorectaux

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1156780	Obturateur anal, COLOPLAST, PERISTEEN OBTAL, boîte de 20 obturateurs. Références prises en charge : 014500 (diamètre ouvert 37 mm) ; 014510 (diamètre ouvert 45 mm). Boite de 20 unités.	57,41	72,68	72,68	28-02-2025
1139527	Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, système initial. Références prises en charge : 291210 (incluant 2 sondes rectales de taille standard 128 mm) et 291260 (incluant 2 sondes rectales courtes 111 mm)	92,30	116,84	116,84	15-09-2024
1155928	Sondes rectales pour dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN. B/15 Références prises en charge : 291220 (sondes de taille standard) et 291270 (sondes courtes).	152,88	193,52	193,52	15-09-2024
1155495	Tubulures pour dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN. B/2 Référence prise en charge : 291250.	15,76	19,95	19,95	15-09-2024

Paragraphe 3 Supports de poches et accessoires

A. - Dispositifs complémentaires pour la prise en charge du patient stomisé, de l'incontinence et de la rétention urinaire

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.
- le spray antiadhésif est constitué de siloxanes et d'un système de propulsion mécanique ou gazeux. Le flacon contient 50 mL au minimum. Il facilite ponctuellement le décollement du support de poche.
- 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

La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
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.
- spray antiadhésif : fréquence de renouvellement adaptée aux besoins du patient

Supports de poches de recueil pour systèmes en 2 pièces

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1177060	Collecteur, support poche d'urostomie ou rec mat fécal std B/5 Support de poche d'urostomie ou de recueil de matières fécales, standard, pour couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 5	**12,62**	**16,64**	**16,64**	**29-06-2029**
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	**26,35**	**33,28**	**33,28**	**29-06-2029**
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	**17,80**	**23,48**	**23,48**	**29-06-2029**
1197281	Collecteur, support poche d'urostomie ou rec mat fécal non std B/10 Support de poche d'urostomie ou de recueil de matières fécales, non standard, pour couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 10	**37,17**	**46,96**	**46,96**	**29-06-2029**

Accessoires

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1155130	Accessoires, ceinture pour poche de recueil de stomie urinaire ou digestive.B/1	**2,52**	**3,32**	**3,32**	**01-09-2028**
1163069	Accessoires, ceinture pour poche de recueil de stomie urinaire ou digestive.B/2	**5,04**	**6,64**	**6,64**	**01-09-2028**
1193610	Accessoires, pâte de protection péristomiale, en tube ou en barrettes 60g	**5,31**	**7,00**	**7,00**	**01-09-2028**
1186254	Accessoires, anneau péristomial.B/10	**20,75**	**27,37**	**27,37**	**29-06-2029**
1147314	Accessoires, plaque de protection péristomiale.B/5	**10,38**	**13,69**	**13,69**	**29-06-2029**
1123911	Accessoires, poudre absorbante minimum 25g	**2,96**	**3,91**	**3,91**	**29-06-2029**
1140849	Accessoires, spray anti adhésif >ou= 50ml	**8,77**	**11,56**	**11,56**	**29-06-2029**
1123710	Accessoires, attache réutilisable pour collecteur d'urine de jambe. B/2	**2,27**	**3,00**	**3,00**	**29-06-2029**
1172364	Accessoires, accroche pour poche à urine de nuit ou de jour. B/1	**0,76**	**1,00**	**1,00**	**29-06-2029**

Laboratoires COLOPLAST

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1114361	Accessoires, renforts périphériques pour stomie, COLOPLAST, BRAVA SUPPORT PLUS B/20	**20,75**	**20,75**	**20,75**	**15-05-2025**

	Renforts périphériques pour stomie BRAVA SUPPORT PLUS (conditionnement de 20 renforts périphériques) des Laboratoires COLOPLAST. DESCRIPTION Les renforts périphériques BRAVA SUPPORT PLUS sont des accessoires cutanés adhésifs. Ils visent à renforcer l'adhérence des contours du support cutané des poches de recueil (stomies) en prévenant les phénomènes de béance chez les patients ayant un pourtour péristomial irrégulier. Ils se positionnent de façon à recouvrir en partie le bord extérieur du protecteur cutané et la peau péristomiale. INDICATION PRISE EN CHARGE Patients porteurs de stomie dont l'abouchement est entouré d'une surface cutanée irrégulière empêchant ou réduisant l'adhésivité d'un support de poche de recueil. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier. Préalablement à toute prescription initiale, le patient ou son aidant reçoit une formation à l'utilisation de ces dispositifs médicaux, réalisée avant la sortie du patient de l'établissement de santé ayant réalisé la stomie. Cette formation est réalisée dans l'idéal par un infirmier entéro-stomathérapeute. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - Brava Support Plus Standard : 120701 ; - Brava Support Plus Large : 120720 ; - Brava Support Plus Droit : 120740 ; - Brava Support Plus XL : 120760.				

B. - Sets soins

I. - Spécifications techniques

Set de sondage à demeure
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. - Modalités de prescription et d'utilisation

Les dispositions en vigueur s'appliquent. Conformément à l'arrêté du 20 mars 2012, l'infirmier peut prescrire les dispositifs de l'appareillage des stomies digestives.

III. - 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)

IV. - Conditions de renouvellement

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

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1120597	Set de sondage à demeure	**3,72**	**4,90**	**4,90**	**29-06-2029**

Sous-section 1 : Dispositifs médicaux pour l'appareil uro-génital

Paragraphe 1 : Électrostimulateur neuromusculaire

Code	Nomenclature	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	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 101B07.1	Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, achat. Achat de (appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.	**304,90**	**31-07-2025**
1111701 101B07.2	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.	**11,74**	**31-07-2025**
1183014 101B07.3	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	**25,92**	**31-07-2025**

	auto-traitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.		

Paragraphe 2 : dispositifs contraceptifs

2.1 Diaphragme

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :
Les diaphragmes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4 du code de la santé publique. Avant la première utilisation, la pose doit être faite par un médecin ou une sage-femme afin d'expliquer le mode d'utilisation

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1133915 103O01.1	Dispositif contraceptif, diaphragme en silicone. Quelle que soit la taille. INDICATION DE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour la contraception vaginale. SPÉCIFICATION TECHNIQUE : Le diaphragme doit être systématiquement utilisé en association avec un produit spermicide. Le dessin, les dimensions, les propriétés physiques et mécaniques (résistance à la traction, élongation, compression et distorsion) ainsi que les instructions relatives à l'utilisation et à l'entretien du diaphragme doivent être conformes aux spécifications de la norme internationale ISO 8009 relative aux diaphragmes contraceptifs réutilisables en caoutchouc	**3,14**	**02-05-25020**

2.2Dispositif intra-utérin ou stérilet avec inserteur, au cuivre

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :
Les contraceptifs intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4 du code de la santé publique.
L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé

Code	Référence	Prix de cession en € HT	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1158536	Objet contraceptif, stérilet avec inserteur, au cuivre. Quelle que soit la taille. INDICATION DE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour la contraception intra-utérine. SPÉCIFICATION TECHNIQUE :	**19,15**	**28,37**	**28,37**	**02-05-2020**

	Le dessin, les caractéristiques du fils 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.				

Section 5. – Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration

Sous-section 1 : Alimentation orale

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 conformément à l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.
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 **33,54** € TTC par mois pour les enfants jusqu'à leur dixième anniversaire et de **45,73** € TTC par mois au-delà de cet âge.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1101909 103N02.1	Aliment sans gluten, farine, 100g. Participation à l'achat, pour 100 g de farine	**0,45**	**31-07-2020**
1168380	Aliment sans gluten, farine, 500g. Participation à l'achat, pour 500 g de farine	**2,25**	**31-07-2020**
1192220	Aliment sans gluten, farine, 1000g. Participation à l'achat, pour 1000 g de farine	**4,50**	**31-07-2020**
1129061	Aliment sans gluten, farine, 3000g. Participation à l'achat, pour 3000 g de farine	**13,50**	**31-07-2020**
1162680 103N02.2	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	**0,48**	**31-07-2020**
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	**0,72**	**31-07-2020**
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	**0,96**	**31-07-2020**
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	**1,20**	**31-07-2020**
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	**1,44**	**31-07-2020**
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	**1,68**	**31-07-2020**
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	**1,92**	**31-07-2020**
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	**2,16**	**31-07-2020**
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	**2,40**	**31-07-2020**
1141961	Aliment sans gluten, pain, ≥ 600 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 600 g de pain	**2,88**	**31-07-2020**
1134866	Aliment sans gluten, pâtes, 250 g.	**1,40**	**31-07-2020**

	Participation à l'achat, pour 250 g de poids sec de pâtes		
1181050	Aliment sans gluten, pâtes, 500 g. Participation à l'achat, pour 500 g de poids sec de pâtes	**2,80**	**31-07-2020**
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	**0,51**	**31-07-2020**
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	**0,64**	**31-07-2020**
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	**0,96**	**31-07-2020**
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	**1,27**	**31-07-2020**
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	**1,46**	**31-07-2020**
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	**1,59**	**31-07-2020**
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	**1,91**	**31-07-2020**
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	**2,10**	**31-07-2020**
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	**2,23**	**31-07-2020**
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	**2,54**	**31-07-2020**
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	**2,86**	**31-07-2020**
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	**3,18**	**31-07-2020**
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	**3,81**	**31-07-2020**
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	**5,08**	**31-07-2020**
1155331	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 500 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 500 g de biscuits	**6,35**	**31-07-2020**

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	PRIX DE CESSION (en euros HT	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

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.	**3,73**	**4,73**	**4,73**	**15-11-2024**
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.	**1,30**	**1,60**	**1,60**	**15-11-2024**
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.	**5,19**	**6,57**	**6,57**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en € HT)	TARIF (en € TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3,41**	**4.31**	**4.31**	**15-11-2024**
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.	**1,18**	**1,50**	**1,50**	**15-11-2024**
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.	**3,55**	**4,49**	**4,49**	**15-11-2024**
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.	**4,73**	**5,99**	**5,99**	**15-11-2024**

1168776	ut 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.	**7,10**	**8,99**	**8,99**	**15-11-2024**
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.	**3,23**	**4,09**	**4,09**	**15-11-2024**
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.	**4,31**	**5,45**	**5,45**	**15-11-2024**
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.	**1,50**	**1,89**	**1,89**	**15-11-2024**
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.	**4,49**	**5,68**	**5,68**	**15-11-2024**
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.	**5,98**	**7,57**	**7,57**	**15-11-2024**
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.	**8,98**	**11,36**	**11,36**	**15-11-2024**
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.	**1,90**	**2,40**	**2,40**	**15-11-2024**
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.	**7,60**	**9,62**	**9,62**	**15-11-2024**

Société SOLIDAGES

CODE	NOMENCLATURE	Prix de cession (en € HT)	TARIF (en € TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1179343	Nut orale, mél poly hyperprot. Hyperénerg, SOLIDAGES, PROTIBIS, 6,5g B/16. PROTIBIS est un mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes de la société SOLIDAGES. DESCRIPTION La galette PROTIBIS est un aliment diététique à des fins médicales spéciales solide prêt à l'emploi, sous forme de biscuit de type galette au beurre. Chaque galette pèse environ 6,5 g, avec un diamètre de 5 cm et une épaisseur de 5 mm. PROTIBIS est une galette hyperénergétique (4,7 kcal/g), hyperprotidique (22,2 g de protéines /100g). Sa durée de conservation est d'un an. Date de fin de prise en charge : 1er mars 2022.	**3,12**	**3,95**	**3,95**	**01-03-2022**

Groupe DIJON CEREALES (DIJON CEREALES)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

1185697	Nut orale, mél poly hyperprot.hyperénerg, DIJON CEREALES, PAIN G-NUTRITION 65g/12. PAIN G-NUTRITION est un mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes du groupe DIJON CEREALES. DESCRIPTION Le pain brioché PAIN G-NUTRITION de DIJON CEREALES est un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales solide prêt à l'emploi, conditionné sous forme de pain en emballage individuel de 65 grammes. PAIN G-NUTRITION est un pain hyperénergétique (3,01 kcal/g), hyperprotidique (20,6 g de protéines /100g). Sa date limite de consommation est de 70 jours. Conditionnement par carton de 12 pains	**12,48**	**12,48**	**31-07-2023**
1101750	Nut orale, mél poly hyperprot.hyperénerg, DIJON CEREALES, PAIN G-NUTRITION 65g/30 PAIN G-NUTRITION est un mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes du groupe DIJON CEREALES. DESCRIPTION Le pain brioché PAIN G-NUTRITION du groupe DIJON CEREALES est un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales solide prêt à l'emploi, conditionné sous forme de pain en emballage individuel de 65 grammes. PAIN G-NUTRITION est un pain hyperénergétique (3,01 kcal/g), hyperprotidique (20,6 g de protéines /100g). Sa date limite de consommation est de 70 jours. Conditionnement par carton de 30 pains	**31,20**	**31,20**	**31-07-2023**

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.
. 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	NOUVEAU PRIX	TARIF (en euros	PLV (en euros	Date de fin de prise en charge

		DE CESSION (en euros HT)	TTC)	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.	**4,15**	**5,26**	**5,26**	**15-11-2024**
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 125g ou ml à 150 g ou ml.	**5,54**	**7,01**	**7,01**	**15-11-2024**
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.	**5,77**	**7,30**	**7,30**	**15-11-2024**
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.	**7,69**	**9,73**	**9,73**	**15-11-2024**
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.	**7,32**	**9,27**	**9,27**	**15-11-2024**
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	**9,77**	**12,36**	**12,36**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en € HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1139020	Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 14 g hyperénerg, concentré, ≥ 125 et ≤ 150, B/3.	**5,45**	**6,90**	**6,90**	**15-11-2024**

	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.				
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.	**7,27**	**9,20**	**9,20**	**15-11-2024**
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.	**7,57**	**9,58**	**9,58**	**15-11-2024**
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.	**10,09**	**12,77**	**12,77**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. Date de fin de prise en charge : 15 novembre 2024.	**1,65**	**2,09**	**2,09**	**15-11-2024**
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.	**4,95**	**6,27**	**6,27**	**15-11-2024**
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.	**6,60**	**8,36**	**8,36**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**11,15**	**14,11**	**14,11**	**15-11-2024**
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.	**13,54**	**17,14**	**17,14**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en euros	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**2,32**	**2,94**	**2,94**	**15-11-2024**

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	Prix de cession (en euros	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**12,55**	**15,88**	**15,88**	**15-11-2024**

Paragraphe 3 Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux patients pédiatriques

Société ALVEOLUS BIOMEDICAL (ALVEOLUS)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en euros	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1151468	Nut orale, pédiatrie, ALVEOLUS, DEKAS AQUA-E LIQUIDE 60 ml. Denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale DEKAS AQUA-E LIQUIDE, flacon de 60 ml avec pipette graduée, de la société ALVEOLUS BIOMEDICAL .DESCRIPTION DEKAS AQUA-E LIQUIDE est une DADFMS au goût neutre, administrée par voie orale (avec ou sans liquide associé) et destinée aux nourrissons et enfants. Cette spécialité est composée de vitamine E. Il s'agit d'une formulation liquide, à base de D- α -tocophérol polyéthylène glycol-1000 succinate (aussi appelé TPGS, vitamine E-TPGS ou tocofersolan). INDICATIONS PRISES EN CHARGE Carence en vitamine E due à une malabsorption digestive dans la population pédiatrique atteinte de cholestase chronique congénitale ou de cholestase chronique héréditaire, depuis la naissance (nouveau-nés à terme) jusqu'à l'âge de 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription initiale et le renouvellement sont limités aux médecins spécialisés dans la prise en charge de patients atteints de cholestase chronique congénitale ou de cholestase chronique héréditaire et exerçant dans les centres de référence et de compétence. Le taux plasmatique de la vitamine E doit être surveillé chaque mois pendant les premiers mois de traitement, puis à intervalles réguliers, et la dose ajustée en conséquence, si nécessaire. Contre-indications: Ne pas utiliser chez le nouveau-né prématuré. Précautions d'emploi : Les polyéthylènes-glycols étant potentiellement néphrotoxiques, DEKAS AQUA-E LIQUIDE doit être administré avec précaution et sous stricte surveillance chez l'enfant déshydraté ou insuffisant rénal. Durée de conservation: 24 mois. Après ouverture, conserver à température ambiante et consommer sous 60 jours.	**57,62**	**70,28**	**70,28**	**15-02-2026**
1138031	Nut orale, pédiatrie, ALVEOLUS, DEKAS ESSENTIAL LIQUIDE 60 ml. Denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales pour nutrition orale DEKAS ESSENTIAL LIQUIDE, flacon de 60 ml avec pipette graduée, de la société ALVEOLUS BIOMEDICAL. DESCRIPTION DEKAS ESSENTIAL LIQUIDE est une DADFMS au goût neutre, administrée par voie orale (avec ou sans liquide associé) et destinée aux nourrissons et enfants. Cette spécialité est composée de quatre vitamines liposolubles: vitamines A, D, E et K. Sa composition est la suivante: – Vitamine E: TPGS, – Pro-vitamine A: Bêta-carotène, – Vitamine A: Palmitate de rétinyle, – Vitamine D3: Cholécalciférol, – Vitamine K1: Phytomenadione. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Carence en vitamine E due à une malabsorption digestive dans la population pédiatrique atteinte de cholestase chronique congénitale ou de cholestase chronique héréditaire,	**62,99**	**73,84**	**73,84**	**15-02-2026**

	depuis la naissance (nouveau-nés à terme) jusqu'à l'âge de 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription initiale et le renouvellement sont limités aux médecins spécialisés dans la prise en charge de patients atteints de cholestase chronique congénitale ou de cholestase chronique héréditaire et exerçant dans les centres de référence et de compétence. Le taux plasmatique de la vitamine E doit être surveillé chaque mois pendant les premiers mois de traitement, puis à intervalles réguliers, et la dose ajustée en conséquence, si nécessaire. Contre-indications : Ne pas utiliser chez le nouveau-né prématuré. Précautions d'emploi : Les polyéthylènes-glycols étant potentiellement néphrotoxiques, DEKAS ESSENTIAL LIQUIDE doit être administré avec précaution et sous stricte surveillance chez l'enfant déshydraté ou insuffisant rénal. Durée de conservation: 24 mois. Après ouverture, conserver à température ambiante et consommer sous 60 jours.				

Autres aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)

Société Nestlé Health Science France (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	Prix de cession (en € HT)	TARIF/PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1190280	Nut. Orale, adulte, mél. Poly. Hyperprot. Normo-énerg, NESTLE, ORAL IMPACT, B/3.	-	**16,58**	**30-10-2020**

	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. ORAL IMPACT est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits a été publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription du 05-10-2006.			

Génériques (codes radiés au 01-03-2010 : voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

*** Les nutriments du groupe 1, 2 et 3 sont pris en charge :**
- pour les malades atteints d'épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique ;
- pour les malades atteints de mucoviscidose ;
- pour les malades infectés par le VIH présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel.
- pour les malades atteints de tumeurs ou d'hémopathies malignes présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel.
- pour les malades atteints de maladies neuromusculaires présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel ou pour les enfants présentant une stagnation staturo-pondérale durant une période de 6 mois.

*** Les nutriments du groupe 1 B sont pris en charge :**
- pour les malades atteints d'allergie aux protéines du lait de vache, après réalisation d'un test d'éviction effectué dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection,
- pour les enfants souffrant de malformations foetales avec expression post-natale de lésions de la muqueuse intestinale.

*** les nutriments du groupe 4 sont pris en charge :**
- pour les patients atteints d'une allergie aux hydrolysats de protéine après consultation ou hospitalisation dans un service d'un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection.

Le tarif d'un conditionnement est égal au produit du nombre de rations qu'il contient par le tarif unitaire de la ration considérée.

Groupe 1

Le Groupe 1 comprend :
- Groupe 1 A : les mélanges polymériques ;
- Groupe 1 B : les mélanges de protéines hydrolysées, de glucides hydrolysés, de TCL (triglycérides à chaînes longues) et de TCM (triglycérides à chaînes moyennes).

Code	Nomenclature	Tarif en euros (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1102961 103N01.11	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 1 ration	**0,84**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1170632	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 2 rations	**1,68**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1109874	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 4 rations	**3,36**	23-05-2010

			(Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1170661	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 10 rations	**8,40**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1125459	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 12 rations	**10,08**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1176758	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 13 rations	**10,92**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1161780	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 15 rations	**12,60**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1156201	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 16 rations	**13,44**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1117106	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 17 rations	**14,28**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1182240	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 28 rations	**23,52**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1153823 103N01.12	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 1 ration	**1,40**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1155489	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 3 rations	**4,20**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1136842	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 4 rations	**5,60**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1163201	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 6 rations	**8,40**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1108248	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 8 rations	**11,20**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009

1129144 103N01.13	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 1 ration	**1,75**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1185645	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 3 rations	**5,25**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1144698	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 4 rations	**7,00**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1174624	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 6 rations	**10,50**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1109928	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 8 rations	**14,00**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1126766 103N01.14	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 1 ration	**2,10**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1158370	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 3 rations	**6,30** €	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1141607	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 4 rations	**8,40**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1139510	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 5 rations	**10,50**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1165737	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 6 rations	**12,60**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1168345	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 20 rations	**42,00**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du

			02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1187874 103N01.15	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 540 kcal, 1 ration	**3,79**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1142854	**Nutriments, groupe 1, ration > 540 kcal, 6 rations**	22,74	**23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009**

Groupe 2

Le groupe 2 comprend :
- les lipides seuls ;
- les hydrolysats glucidiques.

Code	Nomenclature	Tarif en euros (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1179521 103N01.21	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 950 kcal et < 1500 kcal	**1,88**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1148845 103N01.22	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 1500 kcal et < 8500 kcal	**2,97**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1126683 103N01.23	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 8500 kcal	**16,85**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009

Groupe 3

Le groupe 3 comprend :
- les protéines seules.

Code	Nomenclature	Tarif en euros (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1154863	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 800 kcal et < 1500 kcal	**7,14**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1193768 103N01.31	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 1500 kcal et < 1700 kcal	**12,81**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1103860 103N01.32	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 1700 kcal et < 2700 kcal	**14,51**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1166843 103N01.33	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 2700 kcal	**23,05**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010

			modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009

Groupe 4

Le groupe 4 comprend :
- les mélanges d'acides aminés libres, de glucides hydrolysés, de TCL (triglycérides à chaînes longues) et de TCM (triglycérides à chaînes moyennes).

Code	Nomenclature	Tarif en euros (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1195276 103N01.41	Nutriments, groupe 4, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 1 ration	**3,78**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009
1154372	Nutriments, groupe 4, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 13 rations	**49,14**	23-05-2010 (Voir article 1 de l'arrêté du 23-02-2010 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 02-12-2009 et de l'arrêté du 23-12-2009

Sous-section 2 : Produits pour nutrition entérale et prestations associées

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	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 peut être faite par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. Elle 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. 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, par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique 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 par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. La visite 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.	**175,84**	175,84	**28-02-2020**

Forfait 1 : sans pompe

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1111902	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité : Forfait 1, sans pompe ou par gravité : Il 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. 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 par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. La visite 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 participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. 8. 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) ; - 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).	**60,39**	60,39	**28-02-2020**

Forfait 2 : avec pompe

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. 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, par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. La visite 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	**82,23**	82,23	**28-02-2020**

	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).			

Paragraphe 2 : Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) conformes à l'arrêté du 20 septembre 2000 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 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 $\geq$ 5 % en 1 mois ou $\geq$ 10 % en 6 mois ;
- ou indice de masse corporelle (IMC) $\leq$ 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).
b. Pour les adultes de plus de 70 ans :
- perte de poids $\geq$ 5 % en 1 mois ou $\geq$ 10 % en 6 mois
- ou IMC $\leq$ 21 ;
- ou mini nutritional assessment (MNA) $\leq$ 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 $\leq$ 16 % des AET du mélange
Energie : Hypoénergétique : 0,5 kcal/ml $\leq$ valeur énergétique $\leq$ 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Nouveau prix de cession (en euros HT) à compter du **01/11/2013**	Nouveau tarif (en euros TTC) à compter du **01/11/2013**	Nouveau PLV (en euros TTC) à compter du **01/11/2013**	Date de fin de prise en charge
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.	**2,41**	**3,24**	**3,24**	**2,34**	**3,14**	**3,14**	**28-02-2020**
1108320	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. Hypoénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**4,82**	**6,48**	**6,48**	**4,67**	**6,29**	**6,29**	**28-02-2020**
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.	**7,23**	**9,72**	**9,72**	**7,01**	**9,43**	**9,43**	**28-02-2020**
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.	**2,51**	**3,38**	**3,38**	**2,44**	**3,28**	**3,28**	**28-02-2020**
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.	**5,02**	**6,76**	**6,76**	**4,87**	**6,56**	**6,56**	**28-02-2020**
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.	**7,53**	**10,14**	**10,14**	**7,31**	**9,84**	**9,84**	**28-02-2020**
1146071	Nutrition entérale, adulte, mél. Poly normoprot. Hyperénerg, 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500	**2,92**	**3,93**	**3,93**	**2,83**	**3,81**	**3,81**	**28-02-2020**

	ml.							
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.	**5,84**	**7,86**	**7,86**	**5,67**	**7,62**	**7,62**	**28-02-2020**
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.	**8,76**	**11,79**	**11,79**	**8,50**	**11,44**	**11,44**	**28-02-2020**

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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Nouveau prix de cession (en euros HT) à compter du **01/11/2013**	Nouveau tarif (en euros TTC) à compter du **01/11/2013**	Nouveau PLV (en euros TTC) à compter du **01/11/2013**	Date de fin de prise en charge
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.	**2,85**	3,84	3,84	2,77	3,72	3,72	**28-02-2020**

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.	**5,70**	7,68	7,68	5,54	7,45	7,45	**28-02-2020**
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.	**8,55**	11,52	11,52	8,31	11,17	11,17	**28-02-2020**
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.	**2,95**	3,97	3,97	2,86	3,85	3,85	**28-02-2020**
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.	**5,90**	7,94	7,94	5,73	7,70	7,70	**28-02-2020**
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.	**8,85**	11,91	11,91	8,59	11,55	11,55	**28-02-2020**

C – Autres nutriments pour nutrition entérale pour adultes, les 500 ml

Société Nestlé Health Science France (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 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 relais 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	Référence	Prix de cession en € HT	TARIF/PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1156980	. Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, IMPACT ENTERAL . La prise en charge est assurée pour bouteille de nutrition entérale SMARTFLEX de 500 ml. IMPACT ENTERAL est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits a été publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription du 5 octobre 2006. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Nutrition pré-opératoire des patients adultes ayant une chirurgie colorectale carcinologique, quel que soit l'état nutritionnel - Nutrition post-opératoire des patients dénutris adultes ayant une chirurgie digestive carcinologique	**10,25**	**13,82**	**30-10-2025**
1121740	Nut. entér., adultes, mél. semi-élém. normoprot. normorénerg., NESTLÉ, PEPTAMEN, 500 ml. Mélange semi-élémentaire, normoprotidique, normoénergétique, pour nutrition entérale destinée aux adultes, sous forme liquide, poche de 500 ml, PEPTAMEN de la Société Nestlé Health Science France. La prise en charge de PEPTAMEN est assurée chez les patients atteints de la maladie de Crohn, de pancréatite aiguë ou de syndromes de malabsorption (maladies inflammatoires du grêle, syndrome du grêle court....) répondant aux conditions telles que définies au début du paragraphe 2 « Produits pour nutrition entérale à domicile ».	**4,69**	**6,32**	**01-06-2021**
1125519	Nut. entér., adultes, mél. semi-élém. hyperprot. hyperénerg., NESTLÉ, PEPTAMEN HN, 500 ml. Mélange semi-élémentaire, hyperprotidique, hyperénergétique, pour nutrition entérale destinée aux adultes, sous forme liquide, poche de 500 ml, PEPTAMEN HN de la Société Nestlé Health Science France. La prise en charge de PEPTAMEN HN est assurée chez les patients atteints de la maladie de Crohn, de pancréatite aiguë ou de syndromes de malabsorption (maladies inflammatoires du grêle, syndrome du grêle court...) répondant aux conditions telles que définies au début du paragraphe 2 « Produits pour nutrition entérale à domicile ».	**4,74**	**6,39**	**01-06-2021**

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1108060	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Fibres.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1142535	Nutrition entérale LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Standard.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

Société Fresenius Kabi France (Fresenius)

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1195075 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI STANDARD.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1115372 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI FIBRES.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

Code	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. 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 » référence prise en charge: Référence 7005221	**3,26**	**4,38**	**4,38**	**15-10-2025**

Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1199080 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS G.	**2,96**		01-10-2005 (Référence initialement radiée au 01-03-2010 par article 2 de l'arrêté du 09-11-2009 puis radiation supprimée par article 9 de l'arrêté du 19-02-2010
1125270 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS JUNIOR.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1155800 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, MODULEN IBD.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

Société Nutricia

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

1195916 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1117974 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI MULTIFIBRES.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1136730 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1175262 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max Multi Fibre.	**2,96**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

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 ;
- cardiopathies congénitales ;
- dermatoses sévères ;
- maladies hématologiques d'apparition précoce ;
- assistance nutritionnelle péri-opératoire des interventions chirurgicales lourdes.

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1171270	Nutrition entérale, NUTRICIA France, nutriment standard, les 100 ml, INFATRINI.	**1,00**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

Société Nutricia

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1114119	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI ENERGY.	**3,20**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du

				23-02-2010)
1197223	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI NRJ MULTIFIBRES. Nutriment NUTRINI ENERGY MULTIFIBRES.	**3,20**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1132502	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max Energy.	**3,20**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)
1118241	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max NRJ Multi Fibre.	**3,20**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

Société Mead Johnson

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1186403 101D04.32	Nutrition entérale, MEAD JOHNSON, nutriment hyperénergétique, PREGESTIMIL.	**3,20**		02-12-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 23-02-2010)

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	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
1197275	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN.	**3,54**		**01-12-2008** (Référence initialement radiée au 01-03-2010 par article 2 de l'arrêté du 09-11-2009 puis radiation supprimée par article 9 de l'arrêté du 19-02-2010
1185415	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN HN.	**3,54**		**01-12-2008** (Référence initialement radiée au 01-03-2010 par article 2 de l'arrêté du 09-11-2009 puis radiation supprimée par article 9 de l'arrêté du 19-02-2010

Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France

Code	Référence	**Prix de cession**	**Tarif (en euros**	PLV (en euros	FIN DE

		(en euros HT)	TTC)	TTC)	VALIDITE
101D04.33	Nut enter, mel semi-elem, normoprot, normoenerg, NESTLE, PEPTAMEN JUNIOR, 500 ml	5,08	**6,83**	6,83	**28-02-2020** (Voir article 3 de l'arrêté du 23-02-2010)

Paragraphe 3 : Produits pour nutrition orale et entrale à domicile pour les enfants de moins de seize ans

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) conformes à l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux ADDFMS modifié 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 l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif 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.

A1. – 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 l'arrêté du 11-04-2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20-09-2000 relatif 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**1,26**	**1,70**	**1,70**	**28-02-2020**
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.	**1,58**	**2,12**	**2,12**	**28-02-2020**
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.	**3,17**	**4,26**	**4,26**	**28-02-2020**

A2. – 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**1,26**	**1,70**	**1,70**	**28-02-2020**
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.	**1,58**	**2,12**	**2,12**	**28-02-2020**

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.	**3,17**	**4,26**	**4,26**	**28-02-2020**

A3. – 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	Référence	Nouveau prix de cession (en € HT)	Nouveau tarif (en euros TTC)	Nouveau PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3,17**	**4,26**	**4,26**	**28-02-2020**
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.	**6,32**	**8,51**	**8,51**	**28-02-2020**

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.

B1. – 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 l'arrêté du 11-04-2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20-09-2000 relatif 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	-	1,58	2,08	28-02-2020
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.	-	6,32	8,32	28-02-2020
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.	-	1,97	2,47	28-02-2020
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.	-	3,95	4,95	28-02-2020
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.	1,56	2,10	2,10	28-02-2020
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.	1,95	2,62	2,62	28-02-2020
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.	3,90	5,25	5,25	28-02-2020

B2. – 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 ≤ 4,5 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	1,56	2,10	2,10	28-02-2020

1130348	Nutrition entérale, mél. Poly. Hyperprot. Hyperénerg., un an à trois ans, 250 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 250 ml.	**1,95**	**2,62**	**2,62**	**28-02-2020**
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.	**3,90**	**5,25**	**5,25**	**28-02-2020**

B3. – 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 ≤ 4,5 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
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.	**3,90**	**5,25**	**5,25**	**28-02-2020**
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.	**7,80**	**10,49**	**10,49**	**28-02-2020**

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.

C1. – 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	Nouveau PLV (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
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.	**2,03**	**2,74**	**2,74**	**28-02-2020**
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.	**2,54**	**3,41**	**3,41**	**28-02-2020**
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.	**5,08**	**6,83**	**6,83**	**28-02-2020**

C2. – 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**4,98**	**6,69**	**6,69**	**28-02-2020**
1136256	Nutrition entérale, hydrolysat prot + TCM > un an, 1 000 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition	**9,96**	**13,39**	**13,39**	**28-02-2020**

	entérale destinée aux enfants de plus d'un an, conditionnement de 1 000 ml.				

C3. – 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
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.	-	**11,23**	**17,73**	**28-02-2020**
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.	-	**12,96**	**20,46**	**28-02-2020**
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.	-	**14,69**	**23,19**	**28-02-2020**
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.	-	**0,86**	**1,36**	**28-02-2020**
1109101	Nut. Entérale, 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 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.	8,80	**11,83**	**11,83**	**28-02-2020**
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	10,15	**13,66**	**13,66**	**28-02-2020**

	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.				
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.	11,50	**15,47**	**15,47**	**28-02-2020**
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.	0,68	**0,91**	**0,91**	**28-02-2020**

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 ≤ 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 % ≤ Apport ≤ 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 l'arrêté du 11 avril 2008 relatif 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 l'arrêté du 11 avril 2008 relatif 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	Référence	Prix de cession (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	**Date de fin de prise en charge**
1179159	Nut. Orale, hydrolysat prot. Hors AA seuls, enfant, poudre, 13 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, 13 rations de 200 ml reconstitués.	-	**11,25**	**17,75**	**28-02-2020**
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.	-	**12,96**	**20,46**	**28-02-2020**
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.	-	**14,69**	**23,19**	**28-02-2020**

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.	-	**0,86**	**1,36**	**28-02-2020**
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.	-	**1,08**	**1,58**	**28-02-2020**
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.	-	**2,16**	**3,16**	**28-02-2020**

E. – Autres produits

Société Nutrition Hygiène Santé (NHS)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1193930	Nut. Orale, enfant, NHS, NOVALAC AMINA, bte 400 g. Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de moins de 10 ans, NOVALAC AMINA, la boîte de 400 g de la société NHS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de moins de 10 ans, dans les pathologies suivantes : - Allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - Polyallergies alimentaires MODALITES 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. La prise en charge est réservée aux enfants de moins de 10 ans.	**40,95**	**48,95**	**15-04-2022**

Société Nestlé Health Science France (NESTLE)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1175931	Nut entér, mél semi-élém, 12% AET prot, normoénerg, > 1 an, NESTLE, PEPTAMEN JUNIOR, 500 ml. Mélange semi-élémentaire, liquide, complet, isocalorique (1kcal/ml), apportant 12% des apports énergétiques totaux en protéine, destiné à des fins médicales spéciales (DADFMS) pour nutrition entérale à domicile des enfants, PEPTAMEN JUNIOR, de la Société Nestlé Health Science France, la poche de 500 ml. Ce mélange est à base de protéines de lactosérum hydrolysées, 60 % de triglycérides à chaînes moyennes (TCM), sans lactose et sans gluten. Durée de conservation: 12 mois dans un endroit sec et frais. Toute boite entamée doit être consommée dans les 24 heures suivant l'ouverture. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Nutrition entérale par sonde adaptée aux besoins nutritionnels de l'enfant de 1 à moins de 16 ans, non allergique aux protéines de lait, dénutri 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.	**4,98**	**6,69**	**6,69**	**28-02-2015**
1155800	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, MODULEN IBD.		**2,96**	**2,96**	**13-12-2010**
1125270	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS JUNIOR.				**01-12-2010**
1171695	Nut. Orale, enfant, NESTLE, ALFAMINO, bte 400 g. Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de moins de 10 ans, ALFAMINO, la boîte de 400 g de la société NESTLE HEATLH SCIENCE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de moins de 10 ans, dans les pathologies suivantes : - Allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - Polyallergies alimentaires MODALITES 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. La prise en charge est réservée aux enfants de moins de 10 ans.		**44,15**	**52,15**	**28-02-2023**
1174682	Nut. Orale et entérale, enfant moins de 1 an, NESTLE, INFASOURCE, Bouteille 90ml Aliment diététique mélange semi-élémentaire HPHE à base de protéines hydrolysées de lactosérum uniquement. Pour les enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 kg INFASOURCE, bouteille de 90 ml de la société Nestlé Health Science France. INDICATION PRISE EN CHARGE Nourrisson de moins de 1 an ou de moins de 8 kg, ayant une fonction intestinale normale, présentant une dénutrition ou un risque significatif de dénutrition en raison d'une incapacité à couvrir ses besoins nutritionnels lié à : - des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés ou mesurés ; - un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme ou nécessitant une restriction hydrique. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription d'INFASOURCE doit être effectuée par un professionnel de santé après évaluation des besoins nutritionnels du nourrisson.		**0,75**	**0,99**	**31-12-2024**

	INFASOURCE peut être utilisé jusqu'à 1 an ou si moins de 8 kg comme seule source d'alimentation ou en complément. Il peut être administré par voie orale ou dans le cadre de la nutrition entérale. La durée de conservation est de 12 mois. Toute portion inutilisée doit être jetée dans l'heure suivant l'administration.				
1142498	Nut. Orale et entérale, enf. < 1 an ou < 8kg, NESTLE, INFASOURCE, bout. 16x200ml Aliment diététique mélange semi-élémentaire HPHE à base de protéines hydrolysées de lactosérum uniquement. Pour les enfants de moins de 1 an ou de moins de 8kg INFASOURCE, 16 bouteilles de 200 ml de la société Nestlé Health Science France. INDICATION PRISE EN CHARGE Nourrisson de moins de 1 an ou de moins de 8kg, ayant une fonction intestinale normale, présentant une dénutrition ou un risque significatif de dénutrition en raison d'une incapacité à couvrir ses besoins nutritionnels lié à : - des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés ou mesurés ; - un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme ou nécessitant une restriction hydrique. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription d'INFASOURCE doit être effectuée par un professionnel de santé après évaluation des besoins nutritionnels du nourrisson. INFASOURCE peut être utilisé jusqu'à 1 an ou si moins de 8 Kg comme seule source d'alimentation ou en complément. Il peut être administré par voie orale ou dans le cadre de la nutrition entérale. La durée de conservation est de 12 mois. Toute portion inutilisée doit être jetée dans l'heure suivant l'administration.		**25,28**	**33,28**	**01-07-2025**

Société MEAD JOHNSON NUTRITION France

Code	Nomenclature	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1173636	Nut. Orale, enfant, MEAD JOHNSON, NUTRAMIGEN PURAMINO, bte 400 g. Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de moins de dix ans, NUTRAMIGEN PURAMINO, la boîte de 400 g de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de moins de dix ans, dans les pathologies suivantes : Allergies aux hydrolysats poussés de protéines. Polyallergies alimentaires. MODALITES 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.	**46,47**	**55,18**	**15-09-2021**

	La prise en charge est réservée aux enfants de moins de dix ans.			
1122047	Nut. Orale, enfant > 1 an, MEAD JOHNSON, NUTRAMIGEN PURAMINO JUNIOR, bte 400g. Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de 1 à 10 ans, NUTRAMIGEN PURAMINO JUNIOR, la boite de 400g de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France. INDICATION PRISE EN CHARGE Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats poussés de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de 1 à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - Allergie 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 ultérieures (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	**43,51**	**51,76**	**15-09-2024**

Société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE (NUTRICIA)

NEOCATE, NEOCATE ADVANCE, NEOCATE JUNIOR et NEOCATE SPOON

Code	Nomenclature	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
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. INDICATION 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..	**41,63**	**49,43**	**01-03-2025**
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.	**105,00**	**125,00**	**01-03-2020**

	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.	**78,75**	**93,75**	**01-03-2020**
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. 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..	**42,00**	**50,00**	**01-03-2020**

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'œsophagite 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 effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions ultérieures (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.	**26,93**	**32,06**	**15-07-2022**
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. 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).	**43,51**	**51,76**	**01-08-2024**

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	Prix de cession	Tarif	PLV	Date de fin de

		(en euros HT)	(en euros TTC)	(en euros TTC)	prise en charge
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.	**51,10**	**64,69**	**64,69**	**15-11-2020**
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.	**306,57**	**388,11**	**388,11**	**15-11-2020**
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.	**49,62**	**66,75**	**66,75**	**15-11-2020**
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..	**297,72**	**400,47**	**400,47**	**15-11-2020**

Paragraphe 4 : Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes et enfants

Société Nestlé Health Science France (NESTLE)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1121941	Nut ent/or, adu enf. +5ans, mél poly normopr/normoén., NESTLE, MODULEN IBD, 400g. Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale et orale 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 Health Science France. MODULEN IBD est une DADFMS (denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales) 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; – 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; – au début du paragraphe 2 «Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes» de la sous-section 1, de la section 5	**9,75**	**13,15**	**13,15**	**01-12-2025**

Paragraphe 5 Epaississants alimentaires

Société NESTLE HEALTH SCIENCE France (NESTLE)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1174937	Epaississant alimentaire, NESTLE, CLINUTREN THICKENUP CLEAR, Boite 250g Epaississant alimentaire à base de gomme de xanthane, CLINUTREN THICKENUP CLEAR de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France. DESCRIPTION CLINUTREN THICKENUP CLEAR est une DADFMS composée de maltodextrines, gomme de xanthane et de chlorure de potassium. Il s'agit d'une formule sans lactose, sans gluten, mais qui peut contenir des traces de lait. CLINUTREN THICKENUP CLEAR est une poudre à visée épaississante destinée à être ajoutée aux boissons et aliments liquides ou semi-liquides afin d'en modifier la texture. En fonction du niveau de consistance recommandé par le professionnel de santé, il est possible d'utiliser une, deux ou trois mesures de poudre pour 100 ml de liquide, correspondant respectivement à: - 1,2g (= consistance sirop), - 2,4 g (= consistance crème), - 3,6 g (= consistance flan). INDICATION PRISE EN CHARGE Dysphagie oropharyngée se traduisant par des troubles de la déglutition aux liquides et semi-liquides chez les patients de plus de 3 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION En l'absence de recommandation relative au niveau d'épaississement par tranche d'âge ni selon l'étiologie de la dysphagie oropharyngée, il est recommandé que le niveau de consistance soit préconisé par le professionnel de santé pour chaque patient en fonction de son altération de la déglutition. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE CLINUTREN THICKENUP CLEAR: Boîte de 250g de poudre	**9,58**	**12,00**	**12,00**	**31-12-2025**

Sous-section 3 : Dispositifs médicaux d'administration de la nutrition entérale

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	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
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. 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.	**243,92**	**243,92**	**28-02-2019**
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.	**11,43**	**11,43**	**28-02-2019**

Paragraphe 2 : Sondes pour nutrition entérale à domicile

A. – 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	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
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	**0,53**	**0,53**	**28-02-2019**
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.	**5,24**	**5,24**	**28-02-2019**

B. – 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	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1168411	Nutrition entérale, sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, remplacement.	**39,51**	**39,51**	**28-02-2019**

Sous-section 4 : Prestations pour nutrition parentérale à domicile

Conditions générales d'attribution

Pour être pris en charge, un forfait de nutrition parentérale à domicile (NPAD) doit remplir les conditions suivantes :

- la nutrition parentérale doit avoir débuté dans un établissement de santé et être bien tolérée ;
- elle doit être administrée par voie veineuse centrale à l'aide d'une pompe programmable avec alarme ; à domicile, il n'y a pas d'indication de nutrition parentérale administrée via une voie veineuse périphérique ;
- elle doit être prescrite initialement pour une période de quatorze jours, une prescription d'une durée initiale de moins de quatorze jours n'est pas justifiée ;
- elle doit être prescrite initialement, pour les adultes, par un médecin hospitalier public ou privé et, pour les enfants. De moins de 16 ans, par un centre agréé ou un centre expert spécialisés pour les enfants répondant à un cahier des charges, défini dans la rubrique « centre expert » ci-après.

Pour les adultes, à l'issue de cette période de quatorze jours, la prescription initiale peut être renouvelée une fois par le médecin prescripteur initial. A l'issue de cette période initiale, d'une durée totale maximale de vingt-huit jours, toute nouvelle prescription doit être précédée d'une évaluation clinique et biologique. La prescription est alors de vingt-huit jours, renouvelable une fois, et doit être effectuée par le médecin prescripteur initial.

Le prescripteur initial informe le patient et son entourage du déroulement de la NPAD et en détermine les modalités selon les recommandations existantes de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

Afin d'assurer la sécurité du patient, le prescripteur doit également avoir organisé la prise en charge des complications éventuelles au sein de son établissement, notamment la possibilité d'une réhospitalisation en urgence si nécessaire.

Si la NPAD doit être prolongée au-delà des douze semaines, le prescripteur initial doit, s'il ne fait pas partie d'un centre agréé ou expert répondant au cahier des charges défini ci-après, contacter le centre le plus proche pour assurer le suivi de la prise en charge.

Les procédures de NPAD mises en place par le prescripteur devront avoir été validées avec le Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) de l'établissement.

A la fin des douze semaines (84 jours) au total à partir de la prescription initiale, une nouvelle évaluation clinique et biologique doit être réalisée par le médecin prescripteur initial.

Si la durée prévisible de la NPAD est d'emblée supérieure ou égale à douze semaines, la prescription initiale doit être effectuée directement par un centre agréé ou un centre expert répondant au cahier des charges défini dans la rubrique ci-après.

Chez l'adulte si la NPAD est prolongée au-delà de douze semaines ou chez l'enfant quelle que soit la durée de la NPAD, le patient doit être totalement suivi, sur le plan médical, par un centre agréé ou expert répondant au cahier des charges défini ci-après. La prescription de suivi doit être faite par un médecin d'un établissement de soins public ou privé, appartenant à ce centre. Chaque renouvellement de la prescription peut être d'une durée maximale de douze semaines. En cas d'absence de centre expert, jusqu'au 30 juin 2016, la prescription au-delà de la 12e semaine peut être faite par le médecin ayant réalisé la prescription initiale ou par un médecin ayant l'expertise dans la prise en charge de l'insuffisance intestinale sévère et en nutrition parentérale.

Le prescripteur réévalue périodiquement les indications thérapeutiques de la nutrition parentérale. Il est rappelé que l'adaptation de la composition des mélanges nutritifs nécessite un suivi biologique régulier. Un suivi clinique et biologique doit être réalisé au minimum tous les six mois.

Le suivi doit être réalisé selon les recommandations existantes de la SFNEP.

Il nécessite une collaboration étroite entre les différents partenaires de santé : médecin prescripteur, prestataire, infirmier libéral, médecin traitant et pharmacien.

Le patient a le libre choix de son prestataire, de son infirmier libéral, de son médecin traitant et de son pharmacien.

Centre expert

Le centre expert appartient à un établissement de soins et doit s'appuyer sur une équipe multiprofessionnelle incluant médecins, pharmaciens, infirmiers et diététiciens, dirigée par un médecin ayant l'expertise dans la prise en charge de l'insuffisance intestinale sévère et en nutrition parentérale.

Dans le cas des centres pédiatriques, l'équipe doit comporter un gastroentérologue pédiatre ayant l'expertise en nutrition pédiatrique.

L'équipe doit être formée à la prise en charge de la nutrition parentérale, notamment à l'éducation thérapeutique et doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur la nutrition parentérale.

Dans le cas où la prescription de la nutrition parentérale est constituée d'une préparation spéciale, c'est la pharmacie à usage intérieur de l'établissement, dans lequel se situe le centre, qui assure la délivrance des mélanges nutritifs adaptés aux besoins nutritionnels du patient, mélanges dits « selon la formule (SLF) », fabriqués, si possible, au sein de sa propre unité de préparation. Ces mélanges nutritifs doivent être acheminés et conservés dans le respect de la chaîne du froid au domicile du patient, sous la responsabilité de la pharmacie à usage intérieur qui en assure la délivrance.

Afin d'obtenir un niveau de compétence suffisant et d'être reconnu centre expert, le centre doit débuter annuellement au moins cinq traitements par NPAD de longue durée (plus de trois mois) et doit avoir une file active minimale de dix patients en suivi régulier, après trois ans de fonctionnement.

Le centre doit avoir mis en place des procédures validées et écrites, relatives :

- à la formation du patient et/ou des personnes qui réaliseront la pratique de la technique à domicile et de tout soignant appelé à intervenir dans la réalisation de la NPAD, avec notamment un programme d'éducation du patient ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse ;
- aux bonnes pratiques de soins (branchement, débranchement de la nutrition, surveillance et entretien de l'abord veineux…) ;
- à l'utilisation des pompes programmables de perfusion ;
- à la prise en charge en cas d'urgence (complications éventuelles susceptibles de survenir au domicile, réhospitalisation…) avec notamment une astreinte téléphonique 24 h/24.

Le centre assure la formation du patient et/ou des personnes qui réaliseront la pratique de la technique à domicile. 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.

Indications médicales

La NPAD est réservée aux patients ayant un état médical, psychosocial et nutritionnel stable.

La prise en charge de la NPAD est assurée en cas d'insuffisance intestinale définitive ou transitoire, totale ou partielle, congénitale ou acquise résultant d'une obstruction, de troubles de la motricité, d'une résection chirurgicale ou d'une malabsorption et se caractérisant par l'impossibilité de maintenir, ni par la voie orale, ni par la voie entérale, un équilibre hydroélectrolytique et/ou protéino-énergétique et/ou en micronutriments et/ou en minéraux.

Elle peut également être assurée en cas d'intolérances alimentaires, avec vomissements incoercibles, résistants aux divers traitements et mettant en péril l'équilibre nutritionnel, en cas d'échec de la nutrition entérale.

La NPAD n'est pas prise en charge dans les cas suivants :

- chez les patients dont l'équilibre nutritionnel peut être maintenu ou restauré par la voie orale ou par la voie entérale ;
- chez les patients dont les troubles du comportement rendent la technique difficile et/ou dangereuse, ou chez les enfants dont les parents ne peuvent assurer les soins et/ou la surveillance de façon fiable ;
- chez les patients dont les troubles métaboliques nécessitent un réajustement plurihebdomadaire de la nutrition parentérale ;
- chez les patients ayant une survie prévisible inférieure à trois mois et chez lesquels il n'y a pas de bénéfice escompté de ce support ;
- chez les patients ayant un état nutritionnel instable ;
- chez les nourrissons de moins de trois mois ;
- pour une durée inférieure à quatorze jours.

Modalités de prescription

Le prescripteur est le même pour le mélange nutritif et ses compléments indispensables (électrolytes, vitamines, et oligo-éléments), la pompe externe, les dispositifs médicaux consommables et l'ensemble de la prestation.

Ce prescripteur doit également prescrire les actes infirmiers.

Les prescriptions doivent comprendre :

- une ordonnance pour les médicaments : mélange nutritif et compléments indispensables (notamment électrolytes, vitamines, et oligo-éléments) ;
- une ordonnance pour les prestations (de première installation et de suivi hebdomadaire) et les dispositifs médicaux consommables nécessaires ; le type de pompe souhaitée (fixe ou ambulatoire) doit être précisé sur l'ordonnance ;
- une ordonnance pour l'acte infirmier (pour le branchement, débranchement de la nutrition et la surveillance et l'entretien de l'abord veineux).

Le prestataire, en concertation avec le médecin prescripteur et l'infirmier chargé des soins, adapte les consommables et accessoire nécessaires.

Au-delà d'une éventuelle complémentation orale associée, un patient peut relever :

a) D'une nutrition parentérale 6 ou 7 jours sur 7 ;

b) D'une nutrition parentérale 5 jours ou moins sur 7 ;

c) D'une nutrition parentérale 5 jours ou moins sur 7, associée à une nutrition entérale ;

La prise en charge d'une nutrition parentérale à domicile est assurée sur la base de trois types de forfaits :

- un forfait de première installation de nutrition parentérale à domicile (code 1130354) couvrant l'installation du matériel ;
- un forfait hebdomadaire de suivi, décliné selon l'ancienneté de la prise en charge (douze semaines ou moins versus plus de douze semaines) calculée de date à date, les codes relevant de ces deux types d'ancienneté différents étant non cumulables :
- de nutrition parentérale à domicile avec pompe, fixe ou ambulatoire, des 12 premières semaines (codes 1141487 ou 1192510 (en cas de nutrition entérale associée) – non cumulables) couvrant la fourniture de la pompe, la livraison du matériel nécessaire et la prestation de service ;
- de nutrition parentérale à domicile avec pompe, fixe ou ambulatoire, au-delà de douze semaines (codes 1100850 ou 1155963 (en cas de nutrition entérale associée) – non cumulables) couvrant la fourniture de la pompe, la livraison du matériel nécessaire et la prestation de service ;
- un forfait de fourniture des consommables et accessoires nécessaires à la nutrition parentérale à domicile sur sept jours (codé 1185680 ou 1145410 (en cas de nutrition entérale associée) – non cumulables).

Le forfait d'installation est commun à l'ensemble des cas « a », « b », et « c » de nutrition parentérale mentionnés ci-dessus : un patient concerné par une installation mixte de nutrition parentérale et entérale ne sera pris en charge qu'au titre du forfait de première installation de la nutrition parentérale.

Lors de la semaine de l'installation, les trois types de forfaits (d'installation – de suivi – de consommables et accessoires) se cumulent.
Les cas « a » et « b » de nutrition parentérale relèvent des mêmes forfaits de suivi hebdomadaires. Ils ne se distinguent qu'en ce qui concerne le forfait hebdomadaire « consommables et accessoires » de nutrition parentérale dont le tarif est moins élevé dans le cas « b » d'une nutrition parentérale sur moins de six jours.
Le cas « c » se distingue du cas « a » par un forfait de suivi d'un tarif plus important incluant une quote-part de la prestation hebdomadaire de nutrition entérale associée, et par un forfait hebdomadaire « consommables et accessoires » de nutrition parentérale au tarif moins élevé.
Dans le cas où les prestations de nutrition parentérale sont effectuées par un pharmacien d'officine, celui-ci se substitue à tous les personnels de santé prévus pour intervenir dans le cadre de ces prestations, à l'exception des médecins.
A compter du 01-09- 2014 **:**
- la prise en charge de tout nouveau patient relevant de la nutrition parentérale à domicile se fera dans l'ensemble des conditions définies à l'article1de l'arrêté du 16-06-2014 ;
- tout patient déjà pris en charge au 31-08-2014 sur la base d'un forfait de perfusion à domicile dans le cadre de la nutrition parentérale sera pris en charge sur les bases tarifaires :
  - d'un des deux forfaits de prestation hebdomadaire de suivi prévu au-delà de douze semaines de prise en charge, codés 1100850 et 1155963, selon que cette nutrition parentérale s'effectue respectivement 6 ou 7 jours sur 7, ou, à titre alternatif avec une nutrition entérale, 5 jours ou moins sur 7, quelle que soit la durée antérieure de la prise en charge du traitement ;
  - d'un des forfaits de consommables et accessoires codés 1185680 ou 1145410, selon que cette nutrition parentérale s'effectue respectivement 6 ou 7 jours sur 7, ou, à titre alternatif avec une nutrition entérale, 5 jours ou moins sur 7.

Pour les patients déjà pris en charge au 31-08-2014, depuis moins de douze semaines, sur la base d'un forfait de perfusion à domicile dans le cadre de la nutrition parentérale, les prestations hebdomadaires de suivis s'effectuent dans les mêmes conditions que pour les patients nouvellement pris en charge au 01-09-2014. Les prestataires adaptent les fréquences des livraisons de dispositifs médicaux et accessoires nécessaires au bon déroulement de la prestation, des visites de suivi à domicile par l'infirmier du prestataire, des informations écrites à l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domiciles et au médecin traitant sur le suivi et des éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions, en fonction de l'antériorité de la prise en charge de ces patients.

Code	Référence	Tarif de responsabilité TTC en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
1130354	Nutrition parentérale, forfait de première installation Le forfait de première installation de nutrition parentérale à domicile ne peut être pris en charge qu'une seule fois par patient. Il comprend : - la participation de l'infirmier du prestataire à la coordination du retour à domicile du patient avec le service à l'origine de la prescription, l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domicile, le pharmacien, le médecin traitant et tout autre intervenant à domicile ; - une visite d'installation, effectuée par l'infirmier du prestataire, le jour du retour du patient à domicile, qui inclut la démonstration à l'utilisation auprès de(s) infirmier(s) libérale(-aux) ayant la charge des soins à domicile, à l'utilisation du matériel et notamment de la pompe programmable et son information à l'aide de procédures écrites élaborées par l'établissement prescripteur, notamment sur le branchement, débranchement et les soins du cathéter ; le conseil et les explications au patient et à ses proches, et notamment des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ; l'information technique du malade et de ses proches sur le matériel ; la fourniture au patient d'un livret de nutrition parentérale à domicile et d'un carnet de suivi ; la livraison des dispositifs médicaux consommables et accessoires nécessaires au bon déroulement de la nutrition parentérale ainsi que la vérification de leur conformité à la prescription ; - un appel téléphonique de l'infirmier du prestataire dans les 48 heures à 72 heures qui suivent le retour du patient à domicile pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel ; - une visite de l'infirmier du prestataire à la fin des 14 premiers jours, qui rédige un compte rendu écrit de visite pour le médecin prescripteur, le médecin traitant et l'infirmier ayant la charge des soins à domicile. Le prestataire ou le pharmacien d'officine assure la récupération des consommables non utilisés et non facturés. Le prestataire ou le pharmacien d'officine est le seul responsable de la réattribution des produits dont le système de barrière stérile et son emballage de protection n'ont pas été ouverts et qui ont fait l'objet d'un stockage dans des conditions permettant d'assurer le maintien de l'état stérile et des performances du dispositif. La traçabilité de ces produits réattribués est assurée et consultable. Tout incident ou risque d'incident de matériovigilance résultant de l'utilisation de ces produits fait l'objet d'un signalement conformément à la réglementation en vigueur.	**390,00**	**390,00**	**31-08-2019**

	Si un patient bénéficie de prises en charges successives de NPAD, une nouvelle prise en charge de NPAD ne peut donner lieu à la prise en charge d'un nouveau forfait d'installation codée 1130354 ou 1120522 que s'il s'écoule un délai d'au moins 12 mois après l'arrêt de la prise en charge précédente de NPAD. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références 1120522 et 1153480. Dans le cas d'installations concomitantes, ou intervenant dans une période maximale de 4 jours (jusqu'à J + 3), de nutrition parentérale à domicile relevant du présent forfait avec une installation de perfusion à domicile relevant d'un forfait PERFADOM1-I1-SA-ELEC (code 1176882) : le seul de ces deux forfaits d'installation pris en charge est celui qui entraîne, dans le cadre de sa cure, le coût le plus important en termes de forfaits de suivi et de consommables et accessoires. Dans le cas d'installations concomitantes, ou intervenant dans une période maximale de 4 jours (jusqu'à J + 3), de nutrition parentérale à domicile relevant du présent forfait avec une installation de perfusion à domicile relevant d'un forfait PERFADOM2-I2-SA-ELEC (code 1159062), ou PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC (code 1183570), ou PERFADOM4-I1-DIFF (code 1164778), ou PERFADOM5-I2-DIFF (code 1191108) ou du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV (code 1172619), seul le présent forfait de première installation de nutrition parentérale à domicile est pris en charge. La prise en charge de ce forfait est cumulable avec une prise en charge, à partir du cinquième jour (à partir de J + 4) suivant la présente installation, d'un forfait d'installation de perfusion à domicile PERFADOM2-I2-SA-ELEC (code 1159062), PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC (code 1183570), ou PERFADOM5-I2-DIFF (code 1191108). Une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une prise en charge de nutrition parentérale est en cours			
1120522	Nutrition parentérale, forfait d'installation après perfusion à domicile Le forfait d'installation de nutrition parentérale à domicile après perfusion à domicile ne peut être pris en charge qu'une seule fois par patient. Il comprend : - la participation de l'infirmier du prestataire à la coordination du retour à domicile du patient avec le service à l'origine de la prescription, l'infirmier libéral ayant la charge des soins à domicile, le pharmacien, le médecin traitant et tout autre intervenant à domicile ; - une visite d'installation, effectuée par l'infirmier du prestataire, le jour du retour du patient à domicile qui inclut la démonstration à l'utilisation auprès de(s) infirmier(s) libérale(-aux), ayant la charge des soins à domicile, à l'utilisation du matériel et notamment de la pompe programmable et son information à l'aide de procédures écrites élaborées par l'établissement prescripteur notamment sur le branchement, débranchement et les soins du cathéter ; le conseil et les explications au patient et à ses proches, et notamment des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ; l'information technique du malade et de ses proches sur le matériel ; la fourniture au patient d'un livret de nutrition parentérale à domicile et d'un carnet de suivi ; la livraison des dispositifs médicaux consommables et accessoires nécessaires au bon déroulement de la nutrition parentérale ainsi que la vérification de leur conformité à la prescription ; - un appel téléphonique de l'infirmier du prestataire dans les 48 heures à 72 heures qui suivent le retour du patient à domicile pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel ; - une visite de l'infirmier du prestataire à la fin des 14 premiers jours qui rédige un compte rendu écrit de visite pour le médecin prescripteur, le médecin traitant et l'infirmier ayant la charge des soins à domicile. Le prestataire ou le pharmacien d'officine assure la récupération des consommables non utilisés et non	**173,54**	**173,54**	**31-08-2019**

	facturés. Le prestataire ou le pharmacien d'officine est le seul responsable de la réattribution des produits dont le système de barrière stérile et son emballage de protection n'ont pas été ouverts et qui ont fait l'objet d'un stockage dans des conditions permettant d'assurer le maintien de l'état stérile et des performances du dispositif. La traçabilité de ces produits réattribués est assurée et consultable. Tout incident ou risque d'incident de matériovigilance résultant de l'utilisation de ces produits fait l'objet d'un signalement conformément à la réglementation en vigueur. La prise en charge d'un forfait de seconde installation après perfusion à domicile ne peut donner lieu à une prise en charge ultérieure d'un forfait d'installation de perfusion à domicile. La troisième installation de quelque mode d'administration de perfusion à domicile que ce soit ne donne lieu à une prise en charge que si la première installation est une perfusion à domicile par gravité, installée par le même prestataire ou pharmacien d'officine, et qu'elle peut être annulée à la suite de l'installation ultérieure d'un autre type de perfusion ou d'une nutrition parentérale. Si un patient bénéficie de prises en charges successives de NPAD, une nouvelle prise en charge de NPAD ne peut donner lieu à la prise en charge d'un nouveau forfait d'installation codée 1130354 ou 1120522 que s'il s'écoule un délai d'au moins 12 mois après l'arrêt de la prise en charge précédente de NPAD. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références 1130354 et 1153480. Dans le cas d'installations concomitantes, ou intervenant dans une période maximale de 4 jours (jusqu'à J + 3) de nutrition parentérale à domicile après perfusion à domicile, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation de perfusion à domicile PERFADOM2-I2-SA-ELEC (code 1159062) ou PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC (code 1183570) : le seul de ces forfaits d'installation pris en charge est celui qui entraîne, dans le cadre de sa cure, le coût le plus important en termes de forfaits de suivi et de consommables et accessoires. Dans le cas d'installations concomitantes, ou intervenant dans une période maximale de 4 jours (jusqu'à J + 3) de nutrition parentérale à domicile après perfusion à domicile, la prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation de perfusion à domicile PERFADOM4-I1-DIFF (code 1164778), PERFADOM5-I2-DIFF (code 1191108) ou du forfait d'installation et de suivi PERFADOM6-IS-GRAV (code 1172619) : seul le présent forfait d'installation de nutrition parentérale à domicile après perfusion à domicile est pris en charge. La prise en charge de ce forfait n'est pas cumulable avec une autre prise en charge d'installation de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile, à partir du 5ème jour (à partir de J+4) suivant la présente installation. Une installation de perfusion par gravité ne donne pas lieu à prise en charge si une prise en charge de nutrition parentérale est en cours.			
1141487	Nutrition parentérale, sans entérale associée, pompe, prest° hebd., pdt 12 prem. Sem. Forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile, sans association d'une nutrition entérale, et quelle que soit la fréquence de la nutrition parentérale dans la semaine, pendant les 12 premières semaines de nutrition parentérale. Ce forfait comprend : - la mise à disposition du patient d'une pompe programmable (fixe ou ambulatoire, selon la prescription) ; pour les enfants, en cas de nutrition quotidienne, il y a lieu de fournir une deuxième pompe ; - la livraison à J14, J28, J42, J56 et J70 des dispositifs médicaux et accessoires nécessaires au bon déroulement de la nutrition parentérale à domicile ; - une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7 au tarif non surtaxé par un infirmier du prestataire pour tous les aspects techniques concernant les dispositifs médicaux et la prestation ; - la gestion administrative du dossier du patient, relatif à la prestation, et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade ; - une visite de suivi à domicile, par un infirmier du prestataire, à J28, J56 et J84 pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel ; - la participation à la coordination du suivi du patient avec les médecins (prescripteur et traitant), l'infirmier libéral, le pharmacien et tout autre intervenant à domicile ; - une information écrite à J28, J56 et J84 et à la fin de la prestation au prescripteur, à l'infirmier libéral ayant en charge les soins à domicile et au médecin traitant sur le suivi du patient, les éventuels	**90,00**	**90,00**	**31-08-2019**

	dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; - le remplacement de la pompe en cas de défaillance : le prestataire a l'obligation d'intervenir entre les 6 heures après qu'il a été contacté et au plus tard avant le branchement suivant ces 6 heures La prise en charge d'un autre mode d'administration (système actif, diffuseur, perfuseur) est exclue dans le cadre de la présente prestation de nutrition parentérale, que ce soit pour la supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ou pour le rinçage de fin de perfusion. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références relatives au suivi de la nutrition parentérale (1100850 ou 1192510 ou 1155963), ou des codes 1111902 et 1176876 relatifs à la nutrition entérale. La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM6-IS-GRAV (codé 1172619) ou d'un forfait de suivi de la perfusion à domicile par système actif électrique PERFADOM7E-S-SA-ELEC (codé 1178556), ou du forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM8-S-DIFF (codé 1179165) : le suivi hebdomadaire de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale dont le tarif de prise en charge est le plus élevé est le seul pris en charge.			
1100850	Nutrition parentérale, sans entérale associée, pompe, prest° hebd., après 12 prem. Sem. Forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile, sans association d'une nutrition entérale, et quelle que soit la fréquence de la nutrition parentérale dans la semaine, en cas de maintien de la nutrition parentérale à domicile au-delà des 12 premières semaines de nutrition parentérale. Ce forfait comprend : - la mise à disposition du patient d'une pompe programmable (fixe ou ambulatoire, selon la prescription) ; pour les enfants, en cas de nutrition quotidienne, il y a lieu de fournir une seconde pompe ; - la livraison mensuelle à partir de J84 des dispositifs médicaux et accessoires nécessaires au bon déroulement de la nutrition parentérale à domicile ; - une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7 au tarif non surtaxé par un infirmier du prestataire pour tous les aspects techniques concernant les dispositifs médicaux et la prestation ; - la gestion administrative du dossier du patient, relatif à la prestation, et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade ; - une visite de suivi à domicile, par un infirmier du prestataire, tous les trimestres pour vérifier la bonne coordination de la prestation et le bon fonctionnement du matériel ; - la participation à la coordination du suivi du patient avec les médecins (prescripteur et traitant), l'infirmier libéral, le pharmacien et tout autre intervenant à domicile ; - une information écrite trimestrielle, et à la fin de la prestation, au prescripteur, à l'infirmier libéral ayant en charge les soins à domicile et au médecin traitant sur le suivi du patient, les éventuels dysfonctionnements et incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. - le remplacement de la pompe en cas de défaillance : le prestataire a l'obligation d'intervenir entre les 6 heures après qu'il a été contacté et au plus tard avant le branchement suivant ces 6 heures. La prise en charge d'un autre mode d'administration (système actif, diffuseur, perfuseur) est exclue dans le cadre de la présente prestation de nutrition parentérale, que ce soit pour la supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ou pour le rinçage de fin de perfusion. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références relatives au suivi de la nutrition parentérale (1141487 ou 1192510 ou 1155963), ou des codes 1111902 et 1176876 relatifs à la	**70,00**	**70,00**	**31-08-2019**

	nutrition entérale La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM6-IS-GRAV (codé 1172619) ou d'un forfait de suivi de la perfusion à domicile par système actif électrique PERFADOM7E-S-SA-ELEC (codé 1178556), ou du forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par diffuseur PERFADOM8-S-DIFF (codé 1179165) : le suivi hebdomadaire de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale dont le tarif de prise en charge est le plus élevé est le seul pris en charge.			
1185680	Nutrition parentérale 6 ou 7 j/7, consommables et accessoires, forfait. Pour chaque période entamée de 7 jours d'une prestation de nutrition parentérale à domicile administrée 6 ou 7 jours sur 7 est associé un forfait hebdomadaire, prescrit avec la prestation, comprenant tous les consommables et accessoires nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité de la pompe programmable, ainsi que les accessoires de branchement et de débranchement à la voie veineuse centrale. Ce forfait couvre l'opération de supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ainsi que le rinçage de fin de perfusion. Dans le respect du dernier Guide des bonnes pratiques de la nutrition artificielle à domicile de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), le forfait comprend, par jour de traitement, tout ou partie des produits suivants : - une tubulure spécifique à la pompe par poche administrée ; - les produits nécessaires au branchement différé d'un dispositif veineux implanté ou au branchement immédiat d'un cathéter veineux central, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 blouse ; 2 masques de soins ; 1 charlotte ; 1 champ stérile de table 45 cm × 45 cm min ; 2 paires de gants Nitriles TM manchettes retournées ; 10 compresses non tissées 7,5 cm × 7,5 cm ; 1 seringue Luer-Lock de 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (10 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 1 seringue préremplie de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; 1 pansement adhésif transparent et semi-perméable 10 cm × 12 cm. Aiguille(s) de Huber de type 2 et des accessoires nécessaires à leur pose et à l'utilisation des voies d'abord, si elle a été prescrite. Les aiguille(s) de Huber non sécurisés de la ligne générique ne peuvent être mis à disposition. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2015, des aiguilles de Huber de type 2 non sécurisées peuvent être fournies). Les accessoires nécessaires à sa pose comprennent tout ou partie des produits suivants : 2 champs absorbants imperméabilisés (1 champ patient fenêtré 30 cm × 40 cm min + 1 champ de table 45 cm × 45 cm min) ; 2 bandelettes adhésives doubles ; 1 prolongateur de 15 cm minimum ou 1 valve bidirectionnelle ; 1 robinet 3 voies. Des produits nécessaires au soin sur PICC line : 1 système de fixation spécifique PICC Line ; 1 valve bidirectionnelle ; 1 pansement film transparent adhésif et semi-perméable 10 cm × 12 cm minimum. Des produits nécessaires pour la reconstitution de médicaments pour administration par perfusion, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 masque ; 1 paire de gants Nitriles TM manchettes retournées ;	**190,00**	**190,00**	**31-08-2019**

	5 compresses non-tissées 7,5 cm × 7,5 cm ; 1 champ absorbant imperméabilisé ; 1 prise d'air (nécessaire à la pose d'un flacon verre) ; 1 seringue Luer-Lock de 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (10 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 1 seringue préremplies de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; les produits nécessaires au débranchement d'un dispositif veineux implanté ou d'un cathéter veineux central, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 blouse ; 2 masques de soins ; 1 charlotte ; 1 champ patient fenêtré 30 cm × 40 cm min 1 champ de table 45 cm × 45 cm min ; 2 paires de gants Nitriles TM manchettes retournées ; 10 compresses non tissées 7,5 cm × 7,5 cm ; 1 seringue Luer-Lock de 20 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (20 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 2 seringues préremplies de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; 1 pansement à compresse centrale 6 cm × 9 cm ou 1 pansement transparent adhésif et semi-perméable 6 cm × 9 cm minimum. Des filtres anti-particulaires chez l'adulte en cas de nutrition parentérale prolongée (supérieure à 12 semaines) et chez l'enfant, de manière systématique, selon le principe de précaution. Un pied de sérum ou une potence. Ce forfait ne peut être associé à des prises en charge de dispositifs médicaux individuels équivalents à ceux de cette liste dans le cadre de la nutrition parentérale. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge de la référence 1145410. S'il y a lieu, et dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II.3 a-3) de la sous-section 1 « Dispositifs médicaux et prestations associées de perfusion à domicile (hors insulinothérapie) » de la section 2 du chapitre 1er du titre 1er de la présente la liste des produits et des prestations remboursables, ce forfait peut être cumulé avec un ou des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile : - par système actif : PERFADOM27-C-SA=1/S ou PERFADOM28-C-SA=2À3/S ou PERFADOM29-C-SA=4À6/S ou PERFADOM30-C-SA=1/J ou PERFADOM31-C-SA=2/J ou PERFADOM32-C-SA=3/J ou PERFADOM33-C-SA>3/J ; - ou par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF=1/S ou PERFADOM35-C-DIFF=2À3/S ou PERFADOM36-C-DIFF=4À6/S ou PERFADOM37-C-DIFF=1/J ou PERFADOM38-C-DIFF=2/J PERFADOM39-C-DIFF=3/J ou PERFADOM40-C-DIFF>3/J ; - par gravité PERFADOM17-C-GRAV<15, PERFADOM18-C-GRAV=1/j, PERFADOM19-C-GRAV=2/J ou PERFADOM20-C-GRAV>2/J. - de traitement par immunoglobuline : PERFADOM41-C-SA IMMU-SC, PERFADOM42-C-SA			

	IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. »			
1192510	Nutrition parentérale < = 5 j/7 avec entérale, pompe(s), prest° hebd, pdt 12 prem sem Forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile administrée 5 jours ou moins sur 7 et associée à une nutrition entérale, pendant les 12 premières semaines de la nutrition parentérale. Ce forfait associe les conditions de prise en charge du « forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile, sans association d'une nutrition entérale, et quelle que soit la fréquence de la nutrition parentérale dans la semaine, pendant les 12 premières semaines de la nutrition parentérale », codé 1141487, et celle du forfait hebdomadaire de nutrition entérale dont relève le patient : « nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité » codé 1111902 ou « nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit » codé 1176876. La prise en charge d'un autre mode d'administration (système actif, diffuseur, perfuseur) est exclue dans le cadre de la présente prestation de nutrition parentérale, que ce soit pour la supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ou pour le rinçage de fin de perfusion. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références relatives au suivi de la nutrition parentérale (1141487 ou 1100850 ou 1155963), ou des codes 1111902 et 1176876 relatifs à la nutrition entérale. La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM6-IS-GRAV (codé 1172619) ou d'un forfait de suivi de la perfusion à domicile par système actif électrique PERFADOM7E-S-SA-ELEC (codé 1178556), ou du forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par perfuseur PERFADOM8-S-DIFF (codé 1179165) : le présent suivi hebdomadaire de nutrition parentérale et entérale est le seul pris en charge au titre de son tarif de prise en charge supérieur à ces autres suivis.	**140,00**	**140,00**	**31-08-2019**
1155963	Nutrition parentérale < = 5 j/7 avec entérale, pompe(s), prest° hebd, après 12 prem sem Forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile administrée 5 jours ou moins sur 7 et associée à une nutrition entérale, en cas de maintien de la nutrition parentérale à domicile au-delà des 12 premières semaines de la nutrition parentérale. Ce forfait de prestation hebdomadaire de suivi d'une nutrition parentérale à domicile 5 jours ou moins sur 7 associé à une nutrition entérale associe les conditions de prise en charge du « forfait de prestation hebdomadaire de suivi de la nutrition parentérale à domicile, sans association d'une nutrition entérale, et quelle que soit la fréquence de la nutrition parentérale dans la semaine, en cas de maintien de la nutrition parentérale à domicile au-delà des 12 premières semaines de la nutrition parentérale », codé 1100850, et celle du forfait hebdomadaire de nutrition entérale dont relève le patient : « nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité » codé 1111902 ou « nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit » codé 1176876. La prise en charge d'un autre mode d'administration (système actif, diffuseur, perfuseur) est exclue dans le cadre de la présente prestation de nutrition parentérale, que ce soit pour la supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ou pour le rinçage de fin de perfusion. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références relatives au suivi de la nutrition parentérale (1141487 ou 1100850 ou 1192510), ou des codes 1111902 et 1176876 relatifs à la nutrition entérale. La prise en charge de cette référence est non cumulable avec la prise en charge d'un forfait d'installation et de suivi de la perfusion à domicile par gravité PERFADOM6-IS-GRAV (codé 1172619) ou d'un forfait de suivi de la perfusion à domicile par système actif électrique PERFADOM7E-S-SA-ELEC (codé 1178556), ou du forfait hebdomadaire de suivi de la perfusion à domicile par perfuseur PERFADOM8-S-DIFF (codé 1179165) : le présent suivi hebdomadaire de nutrition parentérale et entérale est le seul pris en charge au titre de son tarif de prise en charge supérieur à ces autres suivis.	**120,00**	**120,00**	**31-08-2019**
1145410	Nutrition parentérale < = 5 j/7, consommables et accessoires, npad, forfait Pour chaque période entamée de 7 jours de prestation de nutrition parentérale à domicile administrée 5 jours ou moins sur 7, est associé un forfait hebdomadaire, prescrit avec la prestation, comprenant tous les consommables et accessoires nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité de la pompe	**115,00**	**115,00**	**31-08-2019**

	programmable, ainsi que les accessoires de branchement et de débranchement à la voie veineuse centrale. Ce forfait couvre l'opération de supplémentation du mélange nutritif par ses compléments indispensables ainsi que le rinçage de fin de perfusion. Dans le respect du dernier Guide des bonnes pratiques de la nutrition artificielle à domicile de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), le forfait comprend par jour de traitement, tout ou partie des produits suivants : une tubulure spécifique à la pompe par poche administrée ; les produits nécessaires au branchement différé d'un dispositif veineux implanté ou au branchement immédiat d'un cathéter veineux central, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 blouse ; 2 masques de soins ; 1 charlotte ; 1 champ stérile de table 45 cm × 45 cm min ; 2 paires de gants Nitriles TM manchettes retournées ; 10 compresses non tissées 7,5 cm × 7,5 cm 1 seringue Luer-Lock de 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (10 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 1 seringue préremplie de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; 1 pansement adhésif transparent et semi-perméable 10 cm × 12 cm. Aiguille(s) de Huber de type 2 et des accessoires nécessaires à leur pose et à l'utilisation des voies d'abord, si elle a été prescrite. Les aiguille(s) de Huber non sécurisés de la ligne générique ne peuvent être mis à disposition. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2015, des aiguilles de Huber de type 2 non sécurisées peuvent être fournies). Les accessoires nécessaires à sa pose comprennent tout ou partie des produits suivants : 2 champs absorbants imperméabilisés (1 champ patient fenêtré 30 cm × 40 cm min + 1 champ de table 45 cm × 45 cm min) ; 2 bandelettes adhésives doubles ; 1 prolongateur de 15 cm minimum ou 1 valve bidirectionnelle ; 1 robinet 3 voies. Des produits nécessaires au soin sur PICC line : 1 système de fixation spécifique PICC Line ; 1 valve bidirectionnelle ; 1 pansement film transparent adhésif et semi-perméable 10 cm × 12 cm minimum. Des produits nécessaires pour la reconstitution de médicaments pour administration par perfusion, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 masque ; 1 paire de gants Nitriles TM manchettes retournées ; 5 compresses non-tissées 7,5 cm × 7,5 cm ; 1 champ absorbant imperméabilisé ; 1 prise d'air (nécessaire à la pose d'un flacon verre) ;			

	1 seringue Luer-Lock de 10 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (10 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 1 seringue préremplie de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; les produits nécessaires au débranchement d'un dispositif veineux implanté ou d'un cathéter veineux central, soit tout ou partie des produits suivants : 1 essuie-mains ; 1 blouse ; 2 masques de soins ; 1 charlotte ; 1 champ patient fenêtré 30 cm × 40 cm min 1 champ de table 45 cm × 45 cm min ; 2 paires de gants Nitriles TM manchettes retournées ; 10 compresses non tissées 7,5 cm × 7,5 cm ; 1 seringue Luer-Lock de 20 ml minimum + 1 aiguille pompeuse ; 1 ampoule de NaCl 0,9 % (20 ml minimum) pour rinçage et purge ; ou 2 seringues préremplies de 10 ml minimum remplaçant l'ampoule de NaCl, l'aiguille pompeuse et la seringue ; 1 pansement à compresse centrale 6 cm × 9 cm ou 1 pansement transparent adhésif et semi-perméable 6 cm × 9 cm minimum. Des filtres anti-particulaires chez l'adulte en cas de nutrition parentérale prolongée (supérieure à 12 semaines) et chez l'enfant, de manière systématique, selon le principe de précaution ; Un pied de sérum ou une potence. Ce forfait ne peut être associé à des prises en charge de dispositifs médicaux individuels équivalents à ceux de cette liste dans le cadre de la nutrition parentérale. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge de la référence 1185680. S'il y a lieu, et dans le respect des règles de comptage et de cumul définies au point II.3 a-3) de la sous-section 1 « Dispositifs médicaux et prestations associées de perfusion à domicile (hors insulinothérapie) » de la section 2 du chapitre 1er du titre 1er de la présente la liste des produits et des prestations remboursables, ce forfait peut être cumulé avec un ou des forfaits de consommables et d'accessoires de la perfusion à domicile : - par système actif : PERFADOM27-C-SA=1/S ou PERFADOM28-C-SA=2À3/S ou PERFADOM29-C-SA=4À6/S ou PERFADOM30-C-SA=1/J ou PERFADOM31-C-SA=2/J ou PERFADOM32-C-SA=3/J ou PERFADOM33-C-SA>3/J ; - ou par diffuseur : PERFADOM34-C-DIFF=1/S ou PERFADOM35-C-DIFF=2À3/S ou PERFADOM36-C-DIFF=4À6/S ou PERFADOM37-C-DIFF=1/J ou PERFADOM38-C-DIFF=2/J PERFADOM39-C-DIFF=3/J ou PERFADOM40-C-DIFF>3/J ; - par gravité PERFADOM17-C-GRAV<15, PERFADOM18-C-GRAV=1/j, PERFADOM19-C-GRAV=2/J ou PERFADOM20-C-GRAV>2/J. - de traitement par immunoglobuline : PERFADOM41-C-SA IMMU-SC, PERFADOM42-C-SA IMMU-IV, PERFADOM43-C-DIFF IMMU-SC et PERFADOM44-C-DIFF IMMU-IV. »			

Sous-section 5 : Solutés de réhydratation orale

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	Prix limite de vente au public **TTC en euros**	**Date de fin de prise en charge**
	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.			
1175983 103S09	Le conditionnement	**6,20** €	**6,20** €	**31-07-2017**

Section 6. – Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur

Appareil pour rééducation par poulie-thérapie

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1101559 101C04.1	Appareil pour rééducation par poulie-thérapie, location hebdomadaire d'un ensemble	**8,84** €	**31-07-2019**

Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1156684 103G02	Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale. 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.	**15,24** €	**31-07-2020**

Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise

			en charge
1172766 102M01.11	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,10 m.	**0,45**	**31-07-2019**
1135854 102M01.12	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,15 m.	**0,63**	**31-07-2019**
1137600 102M01.13	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,20 m.	**0,79**	**31-07-2019**
1141346 102M02.11	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,13 m.	**0,67**	**31-07-2019**
1120775 102M02.12	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,20 m.	**1,00**	**31-07-2019**
1128624 102M02.13	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,30 m.	**1,33**	**31-07-2019**

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 euros	Date de fin de prise en charge
1142950 102M03.1	Matériaux thermoformables, plaque de 10 cm².	**0,04**	**31-07-2019**
1146964	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 900 cm² et < 1500 cm².	**3,60**	**31-07-2019**
1144161	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 2250 cm² et < 3400 cm².	**9,00**	**31-07-2019**
1160964	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 4400 cm².	**17,60**	**31-07-2019**

Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (≥ et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1112250	Résines polymérisables, surface ≥ 450 cm² et < 1800 cm².	**0,68**	**31-07-2019**
1187147	Résines polymérisables, surface ≥ 1800 cm² et < 2700 cm².	**2,70**	**31-07-2019**
1146898	Résines polymérisables, surface ≥ 2700 cm² et < 3600 cm².	**4,05**	**31-07-2019**
1104776	Résines polymérisables, surface ≥ 3600 cm² et < 4500 cm².	**5,40**	**31-07-2019**
1120373	Résines polymérisables, surface ≥ 4500 cm².	**6,75**	**31-07-2019**

Tube jersey pour réalisation de ces appareils, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (≥ et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1189896	Tube jersey, surface ≥ 2500 cm² et < 3500 cm².	**0,80**	**31-07-2019**
1181529	Tube jersey, surface ≥ 3500 cm² et < 5000 cm²	**1,00**	**31-07-2019**

Protecteur de hanche

La prise en charge est assurée pour la prévention des fractures du col du fémur chez les sujets de 70 ans et plus séjournant dans un des établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
La prise en charge est assurée pour un ensemble constitué de trois slips adaptés, d'un protecteur pour le côté droit et d'un protecteur pour le côté gauche.
Le renouvellement de la prise ne charge ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de trois ans à compter de la précédente prise en charge.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :
Les codes 1125502 et 1170709 ont été supprimés par arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008).

Appareils pour le traitement des pseudarthroses

Section 7. – Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers

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

I.– 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.

II. – 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.

III. – DESCRIPTION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF

Le dispositif se compose des éléments décrits ci-dessous dans les paragraphes 1, 2 et 3.

1- 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/cm^2 mesurés au niveau cutané (mesures effectuées avec le radiomètre Babyblue Mediprema) ou niveau équivalent en $\mu W/cm^2/nm$ (voir Centre national de référence en hémobiologie périnatale). L'irradiance optimale est de 4 à 6 mW/cm^2.

2- 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.

3- 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.

Paragraphe 1 : Système pour photothérapie

1.1 – Supports et couchage fixes

Code	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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	**01-08-2019**

1.2. 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	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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	**01-08-2019**

1.3. 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.

Code	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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.	**28,97**	**28,97**	**01-08-2019**
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.	**41,62**	**41,62**	**01-08-2019**
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	**Sur devis**	**Sur devis**	**01-08-2019**

	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.			

Paragraphe 2. Accessoires et prestations associées au système pour photothérapie

Code	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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, EYEMAX²REGULAR référence 4167.	**131,30**	**131,30**	**01-08-2019**
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.	**69,60**	**69,60**	**01-08-2019**
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.	**50,00**	**50,00**	**01-08-2019**
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.	**35,00**	**35,00**	**01-08-2019**
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.	**42,00**	**-**	**01-08-2019**
1147194	Photothérapie, dispositif lumineux, radiomètre, MEDIPREMA, BABYBLUE. 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.	**2500,00**	**2500,00**	**01-08-2019**

	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.	**669,60**	**669,60**	**01-08-2019**
1132850	Photothérapie, dispositif lumineux, forfait mensuel.	**34,60**	**34,60**	**01-08-2019**

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	Référence	Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
1173903	Photothérapie, bilirubinomètre transcutané, DRÄGER, modèle JM-105. 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.	**7565,00**	**7565,00**	**01-08-2019**

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 répondant aux critères de la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 07-01-1994 et figurant sur la liste tenue par, les agences régionales de l'hospitalisation conformément à la circulaire n° 98 / 47 DGS/DH du 04-02-1998.
* 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.

Appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en euros		Date de fin de prise en charge
1189940 101B09.1	Neurostimulation électrique transcutanée, location mensuelle de l'appareil. La tarif couvre la fourniture de l'appareil, des deux câbles, d'une pile et de quatre électrodes souples à filaments d'acier.	**12,20** €		**31-07-2020**
1183468 101B09.2	Neurostimulation électrique transcutanée, achat de l'appareil fourni avec deux câbles.	**112,05** €		**31-07-2020**

Consommables nécessaires à l'utilisation de l'appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en euros		Date de fin de prise en charge
1121987 101B09.3	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.	**9,45** €		**31-07-2020**
1126513 101B09.4	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.	**3,05** €		**31-07-2020**
1134240 101B09.5	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.	**5,18** €		**31-07-2020**

Sous-section 3 : Médicaments devenus dispositifs médicaux depuis le 14-06-1998.

Code	Référence	Société	Tarif en euros		Date de fin de prise en charge

1160600 103M01	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	**9,30**		**15-07-2011**
1146645 103M01	**Uro-Tainer Suby G**, solution d'irrigation, poches de 100 ml, boîte de 10	Laboratoires B. BRAUN	**18,68**		**15-07-2006**

Sous-section 4 : Articles divers

Tire-lait

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	INDICATION PRISE EN CHARGE : Allaitement maternel quelles qu'en soient la cause et la modalité (allaitement exclusif ou partiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION Toute prescription d'un tire-lait doit être réalisée par tout médecin ou sage-femme selon la règlementation en vigueur. Elle doit être réalisée sur une ordonnance séparée, indépendante de toute autre prescription. Elle doit préciser la désignation du dispositif et ses accessoires et la durée de prescription. La prescription initiale est limitée à dix semaines afin d'assurer le suivi de l'allaitement et prévenir les arrêts précoces. Selon le projet d'allaitement, la prescription initiale peut faire l'objet de renouvellements successifs, la durée maximale de chaque prescription de renouvellement étant limitée à trois mois. Il appartient aux prescripteurs de donner toutes les informations nécessaires sur l'allaitement et en particulier sur les conditions de conservation du lait et les mesures d'hygiène à respecter. MODALITÉ DE DÉLIVRANCE 1. Formation à réaliser lors de la dispensation du matériel Lors de la dispensation du matériel, une formation doit être effectuée, par le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels, à la personne à qui est délivré le matériel loué. Elle doit comprendre au minimum : - une présentation générale du matériel et des consommables ; - l'information et la formation technique relative au fonctionnement et à l'entretien du matériel et des consommables ; - l'information relative au respect des consignes de sécurité ; - la délivrance d'une notice d'utilisation ; - le choix de la taille de la téterelle ; - l'explication de la durée de prescription initiale et des possibilités de renouvellement ; - un rappel des règles de conservation du lait et des règles d'hygiènes associées ; - les démarches à effectuer en cas de panne du matériel.				**01-04-2029**

	Cette formation doit être faite, en présence du matériel mis à disposition et donne lieu à un échange direct entre le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels et la mère pour traiter des points susmentionnés. En plus de cet échange, la formation s'accompagne de tout support ou tutoriel conçu par le fabricant pour aider à l'utilisation du matériel. Lorsque la mère n'est pas venue elle-même récupérer le tire-lait ou que ce dernier lui a été envoyé, le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels doit mettre à disposition tout support et tutoriel permettant à la mère de disposer d'une formation à distance lui apportant un niveau d'information équivalent à celui assuré par un échange en présence du matériel. 2. Responsabilité - Système documentaire 2.1 Responsabilité : Le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels est responsable du nettoyage et de la désinfection du matériel à chaque retour de location. Cette désinfection doit respecter les conditions spécifiques à chaque dispositif en tenant compte des recommandations des fabricants. Les conditions de stockage et de transport des matériels nettoyés et désinfectés doivent permettre de préserver leurs intégrités physiques et leur propreté. Le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels est responsable du bon fonctionnement des appareils qu'il loue et de la bonne exécution des opérations de maintenance. 2.2 Système documentaire : Un système documentaire doit être mis en place par le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels pour préciser les modalités de réalisation des opérations suivantes sur les matériels et notamment : 1. Le nettoyage et désinfection 2. La vérification de bon fonctionnement et de performance 3. La maintenance 4. Le conditionnement pour stockage et/ou transport 5. La location 6. La reprise du matériel ou retour de prêt 7. L'élimination en fin de vie Des enregistrements par appareil permettent de tracer la nature des opérations effectuées, les dates, les personnes ayant agi, les patients à qui l'appareil a été loué. L'ensemble de cette documentation doit pouvoir être présenté à toute réquisition des autorités de contrôle. Elle est conservée cinq ans après la fin de vie de l'équipement. DESCRIPTION : Tire-lait électrique utilisable en location uniquement Un tire-lait fait l'objet d'une prise en charge lorsqu'il répond aux conditions et aux spécificités techniques décrites ci-dessous : 1. Spécifications techniques générales La prise en charge est limitée aux tire-laits ayant le statut de dispositif médical. Le tire-lait utilisable en location est conçu pour des usages multiples et dispose des sécurités requises par cette utilisation. Les produits inscrits à la LPPR doivent permettre d'induire une stimulation et une expression efficaces de la lactation ; à cet effet, ils doivent répondre aux caractéristiques de spécifications techniques suivantes : - absence de bisphénol A ; - biocompatibilité des matériaux utilisés en contact avec la peau ; - compatibilité des matériaux utilisés en contact avec le lait maternel ; - fonctionnement en simple et double pompage possible ; - Réglage manuel ou automatique des puissances d'aspiration ; - Réglage manuel ou automatique des fréquences d'aspiration ;				

	- Présence d'un système anti-retour/anti-débordement garantissant l'absence de contamination croisée L'ensemble des spécifications techniques susmentionnées s'appliquent dès prise d'effet du présent arrêté. A titre dérogatoire, les tire-laits proposés actuellement à la location et qui ne respecteraient pas les spécifications techniques relatives aux phases, puissances et/ou fréquences d'aspiration et de leurs réglages pourront continuer d'être proposés à la location jusqu'au 1er janvier 2023. 2. Consommables Chaque fabricant doit proposer plusieurs tailles de téterelles en conditionnement unitaire. Le pharmacien d'officine ou le prestataire de service et distributeur de matériels fournit un consommable dont la compatibilité avec le tire-lait délivré est attestée selon la réglementation en vigueur. 3. Programmes de formation opérés par les fabricants ou leurs distributeurs en France visant à s'assurer d'un bon usage du parc existant dans le réseau Les tire-laits proposés à la location doivent faire l'objet d'un programme de formation des prestataires de service et distributeur de matériels et/ou des pharmaciens d'officine opérés par les fabricants ou leurs distributeurs en France visant à s'assurer d'un bon usage du parc existant. Cette formation est attestée individuellement et donne lieu à la remise de supports de formation dont notamment : - protocoles de nettoyage et de sécurisation des désinfections, comprenant notamment la mise en œuvre d'un système de traçabilité ; - protocoles et outils de contrôle de la performance des produits. 4. Garantie La durabilité des tire-laits doit être garantie au moins vingt-quatre mois dans le cadre d'un usage multiple à compter de la livraison au pharmacien d'officine ou au prestataire de service et distributeur de matériels, sous réserve de la bonne utilisation du produit conformément à la notice.				
1161248	Tire-lait électrique réglable à dépression, forfait mise à disposition. Forfait de mise à disposition du tire-lait électrique réglable à dépression pour location hebdomadaire. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient		**30,00**	**30,00**	**01-04-2029**
1129440	Tire-lait électrique réglable à dépression, forfait location hebdomadaire. Forfait de location hebdomadaire du tire-lait électrique réglable à dépression		**7,50**	**7,50**	**01-04-2029**
	Prix de vente maximum hors taxes (dénommé ci-après prix de cession HT) appliqué au distributeur revendant directement aux assurés sociaux le tire-lait	**800 ,00**			
1140252	Tire-lait, achat kit téterelle, biberon, tube de raccordement. Kit comprenant une unique téterelle et ses accessoires (biberon, tube de raccordement). La prise est en charge est assurée dans la limite d'un kit téterelle (simple pompage) tous les six mois.		**12,00**	**20,00**	**01-04-2029**
1128044	Tire-lait, achat kit 2 téterelles, biberon, tube de raccordement. Kit comprenant deux téterelles et ses accessoires (biberon, tube de raccordement).		**22,00**	**37,00**	**01-04-2029**

	La prise est en charge est assurée dans la limite d'un kit 2 téterelles (double pompage) tous les six mois.				

Préservatif masculin lubrifié

Laboratoire POLIDIS

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1103802	Préservatif masculin lubrifié, POLIDIS, SORTEZ COUVERTS ! , B/12. Boite de 12 préservatifs masculins lubrifiés en latex, conformes à la norme NF EN ISO 4074. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Prévention des infections sexuellement transmissibles suivantes : - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - Virus de l'Herpès simplex (HSV-2) ; - Papillomavirus (HPV) ; - Hépatite B ; - Syphilis ; - Chlamydia ; - Gonorrhée ; - Trichomonas. CONDITIONS DE PRESCRIPTION La prescription est réalisée par un médecin ou par une sage-femme dans le cadre de l'arrêté du 27 juin 2006 modifié fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. REFERENCES PRISES EN CHARGE SORTEZ COUVERTS ! , préservatifs masculins lubrifiés (taille standard).	**1,53**	**2,00**	**01-03-2024**

Laboratoires MAJORELLE (MAJORELLE)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1101186	Préservatif masculin lubrifié, MAJORELLE, EDEN, B/6. Boite de 6 préservatifs masculins lubrifiés en latex, conformes à la norme NF EN ISO 4074. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Dans la population générale âgée de plus de 15 ans, prévention des huit infections sexuellement transmissibles suivantes : - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - Virus de l'Herpes simplex (HSV-2) ; - Papillomavirus (HPV) ; - Hépatite B ; - Syphilis ; - Chlamydia ; - Gonorrhée ; - Trichomonas. CONDITIONS DE PRESCRIPTION La prescription est réalisée par un médecin ou par une sage-femme dans le cadre de l'arrêté du 27 juin	**1,00**	**1,30**	**01-12-2023**

	2006 modifié fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. REFERENCES PRISES EN CHARGE EDEN, préservatifs lubrifiés (taille classique). EDEN XL, préservatifs lubrifiés (taille XL).			
1195170	Préservatif masculin lubrifié, MAJORELLE, EDEN, B/12. Boite de 12 préservatifs masculins lubrifiés en latex, conformes à la norme NF EN ISO 4074. INDICATIONS Dans la population générale âgée de plus de 15 ans, prévention des huit infections sexuellement transmissibles suivantes : - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - Virus de l'Herpes simplex (HSV-2) ; - Papillomavirus (HPV) ; - Hépatite B ; - Syphilis ; - Chlamydia ; - Gonorrhée ; - Trichomonas. CONDITIONS DE PRESCRIPTION La prescription est réalisée par un médecin ou par une sage-femme dans le cadre de l'arrêté du 27 juin 2006 modifié fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. REFERENCES PRISES EN CHARGE EDEN, préservatifs lubrifiés (taille classique). EDEN XL, préservatifs lubrifiés (taille XL).	**1,99**	**2,60**	**01-12-2023**
1170684	Préservatif masculin lubrifié, MAJORELLE, EDEN, B/24. Boite de 24 préservatifs masculins lubrifiés en latex, conformes à la norme NF EN ISO 4074. INDICATIONS Dans la population générale âgée de plus de 15 ans, prévention des huit infections sexuellement transmissibles suivantes : - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - Virus de l'Herpes simplex (HSV-2) ; - Papillomavirus (HPV) ; - Hépatite B ; - Syphilis ; - Chlamydia ; - Gonorrhée ; - Trichomonas. CONDITIONS DE PRESCRIPTION La prescription est réalisée par un médecin ou par une sage-femme dans le cadre de l'arrêté du 27 juin 2006 modifié fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. REFERENCES PRISES EN CHARGE EDEN, préservatifs lubrifiés (taille classique).	**3,98**	**5,20**	**01-12-2023**

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1192869 103H01	Dispositifs stérile 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.	**10,00**	**10,00**	**31-07-2018**
1180837 103A01	Aiguille sertie pour suture.	**2,29**		**31-07-2018**
1197810 103S01.1	Seringue hypodermique en cristal, 1 ml.	**0,53**		**31-07-2018**
1169008 103S01.2	Seringue hypodermique en cristal, 2 ml.	**0,53**		**31-07-2018**
1134091 103S01.3	Seringue hypodermique en cristal, 3 ml.	**0,53**		**31-07-2018**
1170260 103S01.4	Seringue hypodermique en cristal, 5 ml.	**0,69**		**31-07-2018**
1123271 103S01.5	Seringue hypodermique en cristal, 10 ml.	**0,79**		**31-07-2018**
1163773 103S01.6	Seringue hypodermique en cristal, 20 ml.	**1,09**		**31-07-2018**
1110541 103S02	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 .	**0,30**		**31-07-2018**
1140252 101C12.2	Tire lait, achat de la téterelle, du biberon et du tube de raccordement	**6,04**		**31-07-2018**

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 :

Eisai SAS

Code	Nomenclature	**TARIF /PLV** (en € TTC) **actuel**	**TARIF /PLV** (en € TC) au **01/10/2020**	Date de fin de prise en charge
1100034	Solution pour pulvérisations endobuccales, EISAI, AEQUASYAL, 400 doses. Flacon aluminium de 40 ml avec pompe doseuse de 0,1 ml.	**9,17/9,17**	**8,04**/8,04	**28-02-2021**

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 kérato-conjonctivite 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 :

Laboratoires LEURQUIN MEDIOLANUM (LEURQUIN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1109259	Solution à usage ophtalmique, LEURQUIN, HYDRIAL, boîte de 20 unidoses de 0,5ml. Solution viscoélastique (sans conservateur) transparente de pH 7,4 associant deux agents de viscosité l'acide hyaluronique et le TS-polysaccharide des Laboratoires LEURQUIN MEDIOLANUM. Après ouverture, HYDRIAL peut être utilisé durant 12 heures.	**2,91**		**01-04-2022**

Laboratoires URSAPHARM (URSAPHARM)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1165660	Solution à usage ophtalmique, URSAPHARM, HYLO CONFORT, flacon 10ml, B/1. Solution stérile présentée dans un flacon multidose de 10 mL sans conservateur des Laboratoires URSAPHARM. La solution HYLO CONFORT n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact. Après ouverture du flacon, HYLO CONFORT peut être conservé pendant 6 mois.	**8,73**	**11,01**	**15-04-2022**
1128239	Solution à usage ophtalmique, URSAPHARM, HYLO CONFORT PLUS, flacon 10ml, B/1. Solution stérile présentée dans un flacon multidoses de 10 mL sans conservateur de la société URSAPHARM. Après ouverture du flacon, HYLO CONFORT PLUS peut être utilisé durant 6 mois. L'utilisation de la solution HYLO CONFORT PLUS n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact	**8,73**	**11,01**	**15-03-2022**

Laboratoires ALCON SAS (ALCON)

Indications :
Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels type carbomères.
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 lampe à fente.
Prescription initiale ne pouvant excéder six mois de traitement L'utilisation de SYSTANE ULTRA n'est pas indiquée chez des patients porteurs de lentilles de contact .
Renouvellement autorisé après examen ophtalmologique

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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. .	**8,54**	**10,84**	**15-12-2025**
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. L'utilisation de SYSTANE ULTRA UD n'est pas indiquée chez des patients porteurs de lentilles de contact	**4,60**	**-**	**15-12-2025**
1117922	Solution à usage opht., ALCON, SYSTANE ULTRA, flacon multidose 10 ml, sans cons. Boite de 1 flacon multidose stérile SYSTANE ULTRA de 10 ml sans conservateur. Après ouverture du flacon, SYSTANE ULTRA peut être utilisé pendant 3 mois. L'utilisation de SYSTANE ULTRA n'est pas indiquée chez des patients porteurs de lentilles de contact.	**8,73**	**11,01**	**15-02-2026**

Laboratoires ALLERGAN France SAS (ALLERGAN)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLVen € TTC	Date de fin de prise en charge
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).	**4,37**		**15-10-2022**
1113976	Solution carboxyméthylcellulose et glycérine, ALLERGAN, OPTIVE, flacon 10ml, 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 n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact. Après ouverture du flacon, OPTIVE peut être utilisé pendant 6 mois.	**8,54**	**10,84**	**30-11-2021**
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	**8,54**	**10,84**	**15-02-2022**

Société THEA PHARMA

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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.			
1164956	Solution stérile à usage ophtalmique THEA PHARMA, 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.	**8,73**	**11,01**	**15-09-2021**
1115171	Solution à usage ophtalmique, THEA PHARMA, THEALOSE UD, unidoses 0,4ml B/30	**4,15**		**15-09-2021**

	Solution stérile présentée en boite de 30 unidoses de 0,4 ml sans conservateur de la société THEA PHARMA. Après ouverture d'une unidose, THEALOSE UD doit être jeté (utilisation unique). L'utilisation de la solution THEALOSE UD n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact.			
1135498	Solution stérile à usage ophtalmique THEA PHARMA, THEALOSE, flacon 15 ml B/1 THEALOSE est une solution stérile sans conservateur en flacon multidose ABAK de 15 ml. INDICATION PRISE EN CHARGE 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. CONTRE INDICATION Port de lentilles de contact 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 Après ouverture du flacon, THEALOSE, peut être conservé pendant 3 mois.	**11,35**	**14,20**	**15-09-2024**

Société Horus pharma (HP)

Code	Nomenclature	TARIF en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3,06**	**-**	**15-03-2021**
1132471	Solution hyaluronate sodium 0,18%, Horus, VISMED MULTI, 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.	**8,73**	**11,01**	**15-03-2021**
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.	**11,35**	**14,20**	**15-03-2021**
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.	**11,35**	**14,20**	**01-02-2024**
1159257	Emulsion hyaluronate sodium 0,18% HORUS, NEOVIS TOTAL, boîte 30 unidoses 0,4 ml.	**4,15**	**-**	**01-02-2024**

	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.			
1195804	Gel stérile hyaluronate de sodium 0,3 %, HORUS, VISMED GEL MULTI, flacon 15 ml Gel stérile (sans conservateur) de hyaluronate de sodium 0,3 %, VISMED GEL MULTI, boîte d'un flacon de 15 ml de la société HORUS PHARMA. Après ouverture du flacon, VISMED GEL MULTI peut être utilisé pendant 3 mois. L'utilisation de VISMED GEL MULTI n'est pas indiquée chez des patients porteurs de lentilles de contact.	**10,22**	**12,78**	**15-08-2025**

Société SANTEN SAS (SANTEN)

Indications :
Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite 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 lampe à fente. Prescription initiale ne pouvant excéder six mois de traitement. Renouvellement autorisé après examen ophtalmologique.

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1136925	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 20 unidoses, 0,4 ml.	**3,06**		**01-10-2024**
1100028	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 30 unidoses, 0,4 ml.	**4,15**		**01-10-2024**
1192020	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, flacon multidoses stérile 10 ml.	**8,73**	**11,01**	**01-10-2024**

Société TRB chemedica (TRB)

Code	Nomenclature	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3,06**		**15-03-2021**
1119750	Solution hyaluronate sodium 0,18%, TRB, HYLOVIS MULTI, 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.	**8,73**	**11,01**	**15-03-2016**
1130124	Solution hyaluronate sodium 0,18 %, TRB, HYLOVIS MULTI, flacon 15 ml, B/1. Solution stérile (sans conservateur) de hyaluronate de sodium à 0,18 %, HYLOVIS, boîte d'un flacon multidoses de 15 ml de la société TRB CHEMEDICA. Après ouverture du flacon de 15 ml, HYLOVIS MULTI peut être utilisé pendant 6 mois.	**11,35**	**14,20**	**15-03-2021**
1167400	Emulsion hyaluronate sodium 0,18 % TRB, HYLOVIS LIPO, boîte 30 unidoses 0,4 ml. Emulsion stérile, à usage unique, sans conservateur, de hyaluronate de sodium à 0,18 %, HYLOVIS LIPO en boîte de 30 unidoses de 0,4 ml de la société TRB CHEMEDICA. L'utilisation de l'émulsion HYLOVIS LIPO n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact.	**4,15**	**-**	**01-02-2024**
1129003	Emulsion hyaluronate sodium 0,18 % TRB, HYLOVIS LIPO MULTI, flacon 15 ml. Emulsion stérile, sans conservateur, de hyaluronate de sodium à 0,18 %, HYLOVIS LIPO MULTI en flacon de 15 ml de la société TRB CHEMEDICA.	**11,35**	**14,20**	**01-02-2024**

	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 HYLOVIS LIPO MULTI n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact. Après ouverture du flacon, HYLOVIS LIPO MULTI peut être utilisé pendant 4 mois.			
1125637	Gel stérile hyaluronate de sodium 0,3 %, TRB, HYLOVIS GEL MULTI, flacon 15 ml Gel stérile (sans conservateur) de hyaluronate de sodium 0,3 %, HYLOVIS GEL MULTI, boîte d'un flacon de 15 ml de la société TRB CHEMEDICA. Après ouverture du flacon, HYLOVIS GEL MULTI peut être utilisé pendant 3 mois. L'utilisation de HYLOVIS GEL MULTI n'est pas indiquée chez des patients porteurs de lentilles de contact.	**10,22**	**12,78**	**15-08-2025**

Solution stérile pour traitement de la sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien

INDICATION
Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien, en complément de l'hygiène palpébrale
MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION
- La prescription doit être faite par un ophtalmologiste après diagnostic de sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien.
- La prescription initiale ne peut pas excéder 6 mois de traitement.
- Le renouvellement est autorisé après examen ophtalmologique

Laboratoires ALCON SAS (ALCON)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1152893	Solution à usage ophtalmique, ALCON, SYSTANE BALANCE, flacon multidose 10 ml Solution stérile présentée dans un flacon multidose de 10 ml avec conservateur des de la société ALCON SAS. Après ouverture du flacon, SYSTANE BALANCE peut être utilisé pendant 6 mois.	**10,04**	**12,74**	**15-05-2022**

Laboratoires URSAPHARM (URSAPHARM)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1123839	Sol usage ophtalmique, URSAPHARM, HYLO LIPID, flacon multidose 5ml, rempli à 3ml DESCRIPTION Boîte de 1 flacon multidose en polypropylène de 5 mL. Dans ce flacon, le volume de remplissage d'HYLO LIPID est de 3 mL (intervalle compris entre 2,75 et 3,25 mL). Un flacon d'HYLO LIPID peut contenir jusqu'à 280 gouttes. INDICATION PRISE EN CHARGE	**08,54**	**10,84**	**01-03-2026**

	Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien, en complément de l'hygiène palpébrale. L'utilisation du collyre HYLO LIPID n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION – La prescription initiale doit être faite par un ophtalmologiste après diagnostic de sécheresse oculaire associée à un dysfonctionnement meibomien. – La prescription initiale ne peut pas excéder 6 mois de traitement. A l'issue de cette période, réévaluation idéalement par un ophtalmologiste pour un éventuel renouvellement de prescription. – Après ouverture, HYLO LIPID 3 mL peut être utilisé pendant 6 mois.			

Solution stérile de ch lorure de sodium à 7 % pour nébulisation pour le traitement de la mucoviscidose

Société Pari PulmoMed (PARI)

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.

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 502G7003	**22,92**	**22,92**	**01-10-2021**

Pommade à l'urée pour avulsion chimique de l'ongle

Société Pierre Fabre Dermatologie (PIERRE FABRE DERM)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**11,44**		**30-03-2021**

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 et en prévention du trismus d'origine musculaire lié 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 45 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) permettant les mesures de l'ouverture buccale ;
- 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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1141056	Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, ATOS, THERABITE Kit. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TH001, TH002.	**358,80**		**01-10-2021**
1168500	Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, ATOS, THERABITE Tampons. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PA001, PA002, PA003.	**11,96**		**01-10-2021**

Location et maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1119832	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, ABBOTT, HEARTMATE 3 Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTMATE 3 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. Date de fin de prise en charge :.	**598,00**	**598,00**	**30-04-2019**
1108202	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, ABBOTT, 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.	**598,00**	**598,00**	**01-02-2018**

	Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.			

Société IST Cardiology SAS (IST)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**598,00**	**598,00**	**01-12-2017**
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.	**850,00**	**850,00**	**30-04-2019**

Société MEDTRONIC (MEDTRONIC)

Code	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1127211	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, MEDTRONIC, HEARTWARE Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTWARE de la société MEDTRONIC 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.	**598,00**	**598,00**	**15-06-2014**

Société Berlin Hearth Gmbh (Berlin)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 d'un DACM EXCOR sous les codes 3481661 ou 3485825. 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. La prise en charge de ce forfait est incompatible avec la prise en charge antérieure de l'implantation d'un DACM EXCOR sous les codes 3411353 ou 3476430.	**598,00**	**598,00**	**15-12-2014**
1128854	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, BERLIN, EXCOR. Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif EXCOR au-delà des deux premières années après l'implantation d'un DACM EXCOR sous les codes 3411353 ou 3476430. Ce forfait comprend toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	**598,00**	**598,00**	**15-12-2014**

	La prise en charge de ce forfait est incompatible avec la prise en charge antérieure de l'implantation d'un DACM EXCOR sous les codes 3481661 ou 3485825.			

Crème pour traitement de la dermatite atopique légère à modérée chez l'adulte et l'enfant de six mois et plus

Société ALLIANCE PHARMA France (ALLIANCE PHARMA)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)		Date de fin de prise en charge
1120686	Crème, dermatite atopique, adulte enfant six mois et plus, ALLIANCE 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.	**1,94**		**15-09-2020**

Défibrillateurs externes portables

Société ZOLL Medical France

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1112161	Défibrillateur cardiaque externe portable, ZOLL, LIFEVEST 4000 Forfait mensuel de location de la LIFEVEST incluant la prise en charge du système complet. 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 PRISES EN CHARGE 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 35 %, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du 1er et du 3ème mois. - Au décours d'un infarctus du myocarde aigu si la FEVG est inférieure à 35 % 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 1er mois et du 3ème mois. - Patients avec une cardiomyopathie ischémique et une FEVG ≤ 35%, jusqu'à ce que l'indication	**3180,00**	**3180,00**	**31-03-2014**

	d'implantation d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) soit clairement établie, ou jusqu'à réduction significative du risque avec amélioration de la FEVG > 35 % (à l'exclusion des indications dans le post-infarctus du myocarde avec FEVG < 35 %, revascularisés ou non pour lequel LIFEVEST est déjà pris en charge). 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. SPECIFICATIONS TECHNIQUES Le distributeur en France 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 4000 sera livré dans un emballage individuel. - Moniteur LIFEVEST 4000 : P/N 10A0988-A02 (-R) - Batterie LIFEVEST 4000 : P/N 10A0989-A01 ; P/N 10A0989-A05 ; P/N 10A0989-A06 - Chargeur avec alimentation électrique : P/N 10A0985-A02 (-R) - Gaine LIFEVEST 4000 (en option) : P/N 10B0877-A01 ; P/N 10B0877-A02 - Ceinture d'électrodes LIFEVEST 4000 : P/N 10A0987-A02 (-R) ; P/N 10A1025-A02 (-R) - Veste : P/N 0A1004-B01 (66-80 cm) ; P/N 10A1004-B02 (81-95 cm) ; P/N 10A1004-B03 (96-112 cm) ; P/N 10A1004-B04 (113-130 cm) ; P/N 10A1004-B05 (131-142 cm) ; P/N 10A0991-A01 (66-70 cm) ; P/N 10A0991-A02 (71-78 cm) ; P/N 10A0991-A03 (79-85 cm) ; P/N 10A0991-A04 (86-93 cm) ; P/N			

	10A0991-A05 (94-103 cm) ; P/N 10A0991-A06 (104-116 cm) ; P/N 10A0991-A07 (117-128 cm) ; P/N 10A0991-A08 (129-142 cm)			

Sous-section 5 Application web et logiciels destinés à la télésurveillance

Sivan France (SIVAN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1140921	Télésurveillance, application web, SIVAN, MOOVCARE POUMON, forfait trimestriel DESCRIPTION Le produit MOOVCARE POUMON est un logiciel de type web-application mis à disposition via internet destiné à la télésurveillance médicale des rechutes et complications chez les patients atteints d'un cancer du poumon non progressif. Son utilisation nécessite un accès au réseau internet et l'utilisation d'une messagerie électronique. Aucune mise à jour n'est nécessaire (la dernière version en cours validée est celle utilisée). MOOVCARE POUMON v2.2 peut être utilisé sur les navigateurs internet à partir des versions suivantes (assurant une compatibilité SSL): – Firefox 27; Chrome 30; Internet Explorer 11; Microsoft Edge; Opera 17; Safari 9. – Et sous réserve que les navigateurs soient utilisés sur les systèmes d'exploitation suivants à partir des versions: Android 5.0; Windows 7; iOS 9; OSX 10.10. INDICATION PRISE EN CHARGE Télésurveillance médicale en vue d'une détection précoce des récidives ou complications pour les patients de plus de 16 ans, atteints d'un cancer du poumon et non progressif après l'évaluation de leur dernier traitement médical indépendamment du type histologique de la tumeur, en complément d'une surveillance conventionnelle. MOOVCARE POUMON peut être utilisé avec un traitement de maintenance par chimiothérapie, une thérapie ciblée et/ou une immunothérapie. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION MOOVCARE POUMON ne convient pas aux patients très symptomatiques au début de leur surveillance pour leur cancer du poumon. Une série de 5 questions doit être posée aux patients pour vérifier cette condition d'éligibilité. Prescripteur et modalités de prescription: Le prescripteur est le médecin référent en charge du suivi du patient (oncologue, pneumologue ou chirurgien). La prescription initiale est effectuée pour une durée de 6 mois après analyse de l'éligibilité du patient. Le renouvellement est assuré par le médecin référent lors de la visite de suivi, après échange avec le patient, nouvelle analyse de l'éligibilité et analyse de son adhésion à cette modalité de suivi complémentaire. Aspects organisationnels: Chaque centre souhaitant proposer une télésurveillance par MOOVCARE POUMON en complément du suivi conventionnel doit mettre en oeuvre une organisation des soins pour garantir la bonne gestion des alertes de télésurveillance et la formation des utilisateurs. Coordination avec le médecin traitant : La prescription de MOOVCARE POUMON doit être accompagnée d'un courrier adressé au médecin	**500,00**	**500,00**	**15-08-2023**

	traitant du patient. Les coordonnées du référent à contacter en cas de difficultés doivent être mises à disposition du patient et du médecin traitant. <u>Conditions d'utilisation:</u> MOOVCARE POUMON n'est pas destiné à se substituer au suivi conventionnel, c'est un outil complémentaire. MOOVCARE POUMON est une web-application ne nécessitant pas d'installation ni aucun paramétrage avant son utilisation. Il n'est pas nécessaire de télécharger d'application sur les plateformes de téléchargement. Cependant, il est nécessaire de disposer d'une connexion internet et d'une messagerie électronique pour l'utiliser. Les patients ne peuvent pas utiliser le dispositif MOOVCARE POUMON s'ils n'ont pas été inscrits préalablement par leur médecin référent. Le médecin référent est le seul utilisateur qui peut prescrire MOOVCARE POUMON à un patient et réaliser entièrement le processus d'inscription en face à face avec le patient. Quand le médecin a fini de remplir le questionnaire d'inscription, le patient accède à une interface sur laquelle il va devoir donner son consentement au traitement de ses données, accepter les conditions générales d'utilisation et s'authentifier à l'aide d'un code unique reçu par SMS. La notice d'information complète est accessible via cette interface. <u>Conditions de clôture d'un compte patient</u> Un compte patient peut être clôturé par le médecin référent à la demande du patient (si celui-ci souhaite retirer son consentement), en cas de décès du patient ou lorsque le médecin référent juge l'adhésion du patient insuffisante pour maintenir cette modalité de surveillance.			

Chapitre 2. – Dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés

Spécifications techniques

Section 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° 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.

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.

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) et le ministère chargé de la santé.

Lits médicaux

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 2021 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 au plus tard le 1er avril 2018. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

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 2021 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 au plus tard le 1er avril 2018. 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..

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 2021 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 au plus tard le 1er avril 2018. 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..

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)..

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).

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.

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° 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.

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.

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) et le ministère chargé de la santé.

Section 2

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.

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).

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.

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.

Nomenclature et tarifs

Section 1. – Lits et matériels pour lits

Sous-section 1 : Lits et accessoires

La prise en charge est assurée pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice. Cette perte d'autonomie peut être transitoire ou définitive.
La prise en charge des lits médicaux, accessoires et prestations est soumise à une prescription médicale.

Paragraphe 1 : Lits médicaux

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1241763	Lit médical, lit standard, location hebdomadaire, lit et accessoires.	**12,60**	**12,60**	**30-11-2019**

	Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical standard. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code 1235662.			
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 du code 1235662.	**25,00**	**25,00**	**30-11-2019**
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. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code 1235662.	**25,00**	**24,00**	**30-11-2019**
1235662	Lit médical, lit spécifique, achat, lit et accessoires. Forfait pour l'achat d'un lit spécifique pris en charge sur présentation d'un devis. La prise en charge est assurée pour des besoins spécifiques du patient en raison de sa taille ou de sa pathologie ainsi que pour le lit double. 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 garantie du lit spécifique doit être au minimum de 5 ans. Cette garantie doit inclure une maintenance annuelle préventive qui sera réalisée selon les recommandations de l'AFSSAPS. En cas de panne, un lit standard doit être mis à disposition du patient. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1241763, 1283879 et 1249523.	Dans la limite de **1030,00** euros		**30-11-2019**

Paragraphe 2 : Accessoires, réparations et prestation de livraison des lits médicaux

Accessoires

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1207453	Lit médical, achat, alèse imperméable réutilisable.	**6,86**	**6,86**	**30-11-2019**
1225675	Lit médical, achat, cerceau tout modèle. Cerceau pour lit de malade, quel que soit le modèle.	**8,00**	**8,00**	**30-11-2019**
1211383	Lit médical, achat, matelas simple.	**85,00**	**85,00**	**30-11-2019**

Prestations de livraisons

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1274047	Lit médical, lit standard ou enfant, 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'AFSSAPS. 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 du lit à la location inscrit aux codes 1241763 et 1283879.	**230,00**	**230,00**	**30-11-2019**
1215702	Lit médical, lit + 135 kg, 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.	**280,00**	**280,00**	**30-11-2019**

	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'AFSSAPS. 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 du lit à la location inscrit au code 1249523.			
1202473	Lit médical, lit spécifique, 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 spécifiques à l'achat. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée, selon les recommandations de l'AFSSAPS. 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 du lit à l'achat inscrit au code 1235662.	**96,04**	**96,04**	**30-11-2019**
1296327	Lit médical, lit double, 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'AFSSAPS. 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 du lit à l'achat inscrit au code 1235662.	**96,00**	**-**	**30-11-2019**

Réparations

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1265427	Lit médical, achat, lit spécifique, 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. La prise en charge de la maintenance curative est assurée sur devis avec facture détaillée et historique du lit dans la limite de 1 030,00 € pour cinq ans.	Dans la limite de **1030,00** euros	-	**30-11-2019**
1241266	Lit médical, achat, maintenance préventive. La prise en charge de la maintenance préventive n'est assurée que pour les lits achetés et installés au domicile du patient avant la date de publication du présent arrêté et pour des patients ne résidant pas en établissement pour personnes âgées dépendantes. Elle sera réalisée une fois par an, conformément aux recommandations de l'AFSSAPS du 25-07-2002	Dans la limite de **60,00** euros	-	**30-11-2019**

Sous-section 2 : Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres

Jusqu'au 01-01-2008, les prix limites de vente ne s'appliquent pas aux coussins, matelas et surmatelas destinés aux personnes de plus de 120 kg. (Avis du 10-01-2006 modifié par avis du 08-12-2006)

Paragraphe 1 : Compresseur pour surmatelas pneumatique à air statique et à pression alternée et location de matelas

Code	Nomenclature	TARIF en euros (TTC)	Prix limite de vente au public (TTC)	Date de fin de prise en charge
	Seuls sont pris en charge les compresseurs réglables en pression.			
1240054 101B03.1	Lit, compresseur pour surmatelas pneumatique, achat. Au-delà du 01-01-2008, la prise en charge de cette référence est subordonnée également au caractère remboursable du surmatelas ou matelas associé.	**158,19**	**158,19**	**31-07-2018**
1217374 101B03.2	Lit, compresseur et surmatelas pneumatique, location hebdomadaire. Au-delà du 01-01-2008, 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 NAUSIFLOW 100 de plus de 10 cm d'épaisseur avec housse de la société NAUSICAA MEDICAL. Dimensions : L 200 cm × l 90 cm × h 13 cm. La prise en charge de NAUSIFLOW 100 est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 130 kg. - surmatelas à air motorisé à pression alternée NAUSIFLOW 2 de plus de 10 cm d'épaisseur avec housse de la société NAUSICAA MEDICAL. 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. La prise en charge du système EOLE P200 est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 130 kg.	**10,88**	**10,88**	**31-07-2018**
1227332 101C01.2	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 et 1218280. Au-delà du 01-01-2008, la prise en charge de cette référence est subordonnée également au caractère remboursable du surmatelas ou matelas associé.	**17,48**	**17,48**	**31-07-2018**

Société APEX MEDICAL France (APEX)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

1226048	Escarres, matelas air motorisé, APEX, DOMUS 4 AUTO, forfait location hebdo DESCRIPTION Matelas à air motorisé à pression alternée avec compresseur associé. Chaque matelas est conditionné de façon unitaire et est livré avec une housse, un compresseur, un câble d'alimentation et une notice d'utilisation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Aide à la prévention d'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures. - Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec : - 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 ; - ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ; - ou 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 ; - ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul. 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 prise en charge du matelas DOMUS 4 AUTO est assurée dans l'aide à la prévention et l'aide au traitement de l'escarre dans les indications revendiquées pour des patients ayant un poids maximal de 200 kg. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 9C077A47 ; 9C077A46 ; 9C077B73 9C077072, 9C077A73	**10,88**	**10,88**	**30-04-2025**

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Le surmatelas est fourni avec une des deux housses antidérapantes suivantes :

INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE

- Aide à la prévention d'escarre, pour des patient à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures.

Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec :

- 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 ;
- ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ;
- ou 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 ;
- ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul

MODALITES 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 prise en charge d'AXTAIR ONE est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 110 kg

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1218280	Escarres, surmatelas air motorisé, WINNCARE, AXTAIR ONE, forfait location hebdo Forfait de location hebdomadaire du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE avec compresseur DESCRIPTION Le surmatelas à air (dimensions : 199 cm x 88,5 cm × 17 cm, hauteur d'air thérapeutique : 12 cm).est en polyuréthane éther 300 µm. Il comprend 2 compartiments indépendants de 9 cellules avec 2 tubulures de raccordement (soit 18 cellules au total). Le dispositif est associé à un système de dégonflage rapide d'urgence (dégonflage total obtenu en moins de 15 secondes). Le surmatelas à air motorisé repose sur une base en mousse de polyéther (densité de 18 kg/m3) de 5 cm d'épaisseur. Le compresseur (dimensions : 25 cm × 25 cm × 13 cm) est un boîtier avec crochets rabattables de fixation au panneau de lit. Le réglage de la pression est réalisé par potentiomètre avec un système manuel de réglage de la pression par la sélection du poids du patient. La durée du cycle complet d'alternance entre les deux compartiments est de 6 minutes. Le compresseur est muni d'une alarme visuelle de panne d'alimentation. Le compresseur n'est pas doté d'alarme sonore. Le surmatelas est fourni avec une des deux housses antidérapantes suivantes : - Housse PROMUST PU. La partie supérieure est en jersey-polyuréthane. La partie inférieure est en textile polyuréthane-polychlorure de vinyle. - Housse PROMUST CIC. La partie supérieure est en jersey-polyuréthane enduite de polyuréthane-polycarbonate sur une trame de polyester avec un revêtement aux ions argent. La partie inférieure est en textile polyuréthane-polychlorure de vinyle.	**10,88**	**10,88**	**31-07-2020**
1293872	Escarres, surmatelas air motorisé, WINNCARE, AXTAIR ONE PLUS, forfait location hebdo Forfait de location hebdomadaire du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE PLUS avec compresseur DESCRIPTION Le surmatelas à air (dimensions : 195 cm × 87 cm × 17 cm, hauteur d'air thérapeutique : 12 cm) est en polyuréthane éther 300 µm. Il comprend 2 compartiments indépendants de 9 cellules avec 2 tubulures de raccordement (soit 18 cellules au total). Le dispositif est associé à un système de dégonflage rapide d'urgence (dégonflage total obtenu en moins de 20 secondes). Le surmatelas à air motorisé repose sur une base en mousse de polyéther (densité de 18 kg/m3) de 5 cm d'épaisseur. Le compresseur (dimensions : 22 cm × 25 cm × 11,5 cm) est un boîtier avec crochets rabattables de fixation au panneau de lit. Le réglage de la pression est automatique. La durée du cycle complet d'alternance entre les deux compartiments est entre 10 et 11 minutes. Le compresseur est muni d'une alarme visuelle et sonore en cas de panne d'alimentation. Le surmatelas est fourni avec une des deux housses antidérapantes suivantes : - Housse PROMUST PU. La partie supérieure est en jersey-polyuréthane. La partie inférieure est en textile polyuréthane-polychlorure de vinyle. - Housse PROMUST CIC. La partie supérieure est en jersey-polyuréthane enduite de polyuréthane-polycarbonate sur une trame de polyester avec un revêtement aux ions argent. La partie inférieure est en textile polyuréthane-polychlorure de vinyle. INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE - Aide à la prévention d'escarre, pour des patient à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures. - Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre (excepté pendant les 3 premiers mois suivant l'intervention) chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec : - 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 ; - ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ; - ou une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée avec système de	**10,88**	**10,88**	**15-05-2023**

	positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement ; - ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul. MODALITÉS 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 prise en charge d'AXTAIR ONE PLUS est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 150 kg. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - VAXT2/ONE-P : Surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE PLUS avec compresseur et housse PROMUST PU - VAXT2/ONE/CIC-P : Surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE PLUS avec compresseur et housse PROMUST CIC			
1282740	Escarres, surmatelas air moto, WINNCARE, AXTAIR AUTOMORPHO PLUS, for. loc. hebdo Forfait de location hebdomadaire du surmatelas à air motorisé AXTAIR AUTOMORPHO PLUS avec compresseur de la société WINNCARE France. DESCRIPTION Le surmatelas AXTAIR AUTOMORPHO PLUS est composé d'un surmatelas pneumatique reposant sur une base en mousse de polyéther de plus de 5 cm d'épaisseur. La partie pneumatique est composée de 18 cellules en polyuréthane éther avec une hauteur d'air thérapeutique de 12 cm. Son poids est de 8 kg. Le dispositif est intégralement protégé par deux catégories de housse : - une housse supérieure en matière imperméable aux liquides mais perméable à la vapeur d'eau : - PROMUST CIC (couleur bleue) : jersey-polyamide enduit de polyuréthane-polycarbonate et doté d'un traitement de surface aux ions argent ; - PROMUST PU HD (couleur noire) : jersey-polyester enduit de polyuréthane ; - une housse inférieure qui est amovible et qui reçoit la base en mousse. Elle est composée d'une matière antidérapante en polyuréthane et polychlorure de vinyle. Les deux parties sont reliées par une fermeture à glissière à 4 côtés. Le surmatelas est relié à un compresseur disposant d'une alarme sonore et d'une alarme visuelle. La puissance acoustique générée par le compresseur est inférieure à 24 dB(A). Le calcul de la pression est automatique et continu en fonction de la morphologie du patient. La durée totale du cycle varie de 9 à 14 minutes. Lorsqu'il est déconnecté, le support possède une autonomie supérieure à 8 heures. Trois modes de fonctionnement différents sont programmables : - le mode dynamique qui est basé sur une alternance des pressions ; - le mode statique basse pression permettant la prise en charge de patients nécessitant une immobilisation ; - le mode soins permettant de surgonfler le surmatelas jusqu'à 30 minutes afin de faciliter les transferts ou les soins. La garantie pour l'intégralité du système AXTAIR AUTOMORPHO PLUS est de 2 ans. Le poids maximal des patients supporté par le surmatelas AXTAIR AUTOMORPHO PLUS est de 165 kg. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Aide à la prévention d'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon	**10,88**	**10,88**	**15-06-2025**

	jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures. - Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec : - 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 ; - ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ; - ou 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 ; - ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul. 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 prise en charge du surmatelas AXTAIR AUTOMORPHO PLUS est assurée dans l'aide à la prévention et l'aide au traitement de l'escarre dans les indications revendiquées pour des patients ayant un poids maximal de 165 kg. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VAXT4/AUTO-P ; VAXT4/AUTO100-P ; VAXT4/AUTO120-P ; VAXT4/CIC-P ; VAXT4/CIC100-P ; VAXT4/CIC120-P			

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	PRIX DE CESSION en euros HT	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1267343	Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200 ST, forfait location jour. Forfait de location journalier du matelas à air motorisé SENTRY 1200 ST avec compresseur. SENTRY 1200 ST est un matelas à air motorisé automatique, à pression constante et/ou dynamique de plus de 15 cm d'épaisseur d'air.	**2300,00**	**4,50**	**4,50**	**15-10-2023**

	Le matelas SENTRY 1200 ST est constitué : - d'un matelas comprenant 2 compartiments de 10 cellules de 18 cm d'épaisseur d'air thérapeutique chacune, avec des tubulures de raccordement ; - d'une base en mousse de 4 cm d'épaisseur ; - d'un compresseur avec tableau de contrôle digital ; - d'une housse de protection en polyuréthane-polyamide, amovible, fermée par une double fermeture éclair. Le matelas SENTRY 1200 ST s'adresse à des patients dont le poids est compris entre 25 et 165 kg. La durée d'un cycle complet peut varier de 4 à 15 minutes. La garantie du matelas et du compresseur est assurée pour une période de 2 ans. REFERENCE PRISES EN CHARGE SYS1200MR - dimensions du matelas SENTRY 1200 ST : base en mousse 200 cm x 90 cm x 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 : 15 cm x 24 cm x 27 cm. La durée de garantie du matelas SENTRY 1200 ST et du compresseur est de 2 ans. Le produit est livré à domicile et mis en place à domicile du patient par le distributeur.				
1278329	Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200 ST livraison sans lit. Forfait livraison sans le lit du matelas à air motorisé SENTRY 1200 ST 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 : - informer le patient et/ou son entourage sur le fait que la livraison est comprise, - constituer le dossier administratif du patient et assurer la traçabilité, - livrer à domicile, - vérifier et préparer le matériel, - 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, - s'assurer que le patient ou son entourage sont capables d'assurer les réglages du support, - assurer un service d'astreinte téléphonique et une intervention à domicile en moins de 24 heures en cas de défaillance, - reprendre le matériel au domicile, - nettoyer et désinfecter le produit, - réaliser une maintenance préventive selon les recommandations du fabricant.		**170,00**	**170,00**	**15-10-2023**
1236710	Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200 ST, livraison avec lit. Forfait livraison avec le lit du matelas à air motorisé SENTRY 1200 ST 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.		**85,00**	**85,00**	**15-10-2023**

	Le prestataire doit : - informer le patient et/ou son entourage sur le fait que la livraison est comprise, - constituer le dossier administratif du patient et assurer la traçabilité, - livrer à domicile, - vérifier et préparer le matériel, - 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, - s'assurer que le patient ou son entourage sont capables d'assurer les réglages du support, - assurer un service d'astreinte téléphonique et une intervention à domicile en moins de 24 heures en cas de défaillance, - reprendre le matériel au domicile, - nettoyer et désinfecter le produit, - réaliser une maintenance préventive selon les recommandations du fabricant.				

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) et le ministère chargé de la santé.
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.

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.

1° 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 :

a) Coussin à air statique

Société Hospidex France

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1253051 103C03.13	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.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2011**

Société STRYCKER France SAS (STRYCKER)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1265410	Escarres, coussin à air statique, s\classe IA, PMF, SOF.CARE SCC » est remplacé par « Escarres, coussin	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

103C03.13	à air statique, s\classe IA, STRYKER, SOF.CARE SCC.			

2° 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 :

a) Coussin en mousse structurée formé de modules amovibles

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1240485 103C03.15	Escarres, coussin en mousse, s/classe IB, PHARMAOUEST, PREVENTIX.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

b) Coussins en gel

Société Annie Bauer Confort (ABC)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1286978 103C03.16	Escarres, coussin en gel, s/classe IB, ABC, PILOTE BIDENSITE.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1274395	Escarres, coussin en gel, s'classe IB, WINNCARE, GELSCAR La prise en charge de la référence VLGS0IC est assurée pour les tailles suivantes : - 40 cm × 40 cm × 3,2 cm. - 43 cm × 45 cm × 3,2 cm.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2011**

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF	PLV	Date de fin de prise

		(en euros TTC)	(en euros TTC)	en charge
1206956 103C03.16	Escarres, coussin en gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL II.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2011**

Société HERDEGEN SAS (HERDEGEN)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1233002 103C03.16	Escarres, coussin en gel, s\classe IB, DARULIFT, GEL 2D. Coussin en gel viscofluide, GEL 2D, de la société HERDEGEN. 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	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

Société Syst'am

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1238778 103C03.16	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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

c) Coussin en mousse et gel

Société Annie Bauer Confort (ABC)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1299870 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, VOYAGEUR ANATOMIQUE.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**
1230423 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, VOYAGEUR DUO. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VDU4040, VDU4540.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2011**
1209972 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, X-ACT.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1244260	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, WINNCARE, 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. Date de fin de prise en charge : 1er janvier 2011.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2011**

Société Eatah

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1247518 103C03.17	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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1249374 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL MOUSSE.	**66,63**	**66,63**	01-01-2011
1202250 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, GELO MOUSSE LOTUS.	**66,63**	**66,63**	01-01-2011
1283900 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL. 3D.	**66,63**	**66,63**	01-01-2011
1236911 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ORTHOGEL.	**66,63**	**66,63**	01-01-2011

Société Invacare Poirier sas (Invacare)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**66,63**	**66,63**	**15-08-2013**

Société Jay Medical

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1204012 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, JAY MEDICAL, JAY 2.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**
1283359 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, JAY MEDICAL, JAY ACTIVE.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

Société HERDEGEN SNC (HERDEGEN)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1209908 103C03.17	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 HERDEGEN. 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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1264764 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, PHARMAOUEST, GELIDIS. Coussin en mousse et gel, GELIDIS, de la société PHARMAOUEST. 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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

Société Royal médical

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1201433 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ROYAL MEDICAL, DUNE C300.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**
1231960 103C03.17	Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ROYAL MEDICAL, DUNE C333.	**66,63**	**66,63**	**01-01-2006**

Société Syst'am

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1286955 103C03.17	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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

1241941 103C03.17	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. 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.	**66,63**	**66,63**	**31-12-2013**

d) Coussin en fibres siliconées

NÉANT

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 :

1° Coussin pneumatique à cellules télescopiques

Société WINNCARE France (WINNCARE

La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 150 kg.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1245459	Escarres, coussin pneumatique, classe II, WINNCARE, 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.	**184,50**		**01-01-2011**
1273875	. Escarres, coussin pneumatique, classe II, WINNCARE, 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.	**184,50**		**01-01-2011**

Société Physipro

Code	Référence	TARIF	PLV	Date de fin de prise

		(en euros TTC)	(en euros TTC)	en charge
1280562	Escarres, coussin pneumatique, s/classe II, PHYSIPRO, SUPRACOR STIMULITE CONTOURED.	**184,50**	**184,50**	**01-10-2008**
1201700	Escarres, coussin pneumatique, s/classe II, PHYSIPRO, SUPRACOR STIMULITE SLIMLINE.	**184,50**	**184,50**	**01-10-2008**

Société Recfrance

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. 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.	**184,50**		**31-12-2018**

Société Roho International Inc.

Société Syst'am

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1270687 103C03.21	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 ;	**184,50**		**31-12-2013**

	- dimensions : L 43 cm × l 43 cm × h 6 cm ; - 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 103C03.21	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.	**184,50**		**31-12-2013**

Société PERMOBIL France (PERMOBIL)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**184,50**		**28-02-2023**
1253878	Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, ROHO MONO LOW PROFILE. Coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT LOW PROFILE de la société PERMOBIL FRANCE.	**184,50**		**28-02-2023**

	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 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.	**184,50**		**28-02-2023**
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 ; 1832520 ; 1832512 ; 1832515 ; 1832517 ; 1832479 ; 1832481 ; 1832472 ; 1832475 ; 1832477 ; 1832489 ; 1832484 ; 1832486 ; 1832488.	**184,50**		**28-02-2023**
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	**184,50**		**28-02-2023**

	1832491 ; 1832493 ; 1832495 ; 1832497 ; 1832499 ; 1832501 ; 1832505 ; 1832507 ; 1832510 ; 1832503 ; 1832519 ; 1832521 ; 1832513 ; 1832516 ; 1832480 ; 1832482 ; 1832473 ; 1832476 ; 1832490 ; 1832485 ; 1832487.			
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.	**184,50**		**28-02-2023**

2° Coussin en mousse viscoélastique dit « à mémoire de forme »

« INDICATION PRISE EN CHARGE :
Support de fauteuil d'aide à la prévention de l'escarre chez les patients à risque modéré à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), sans asymétrie d'appui et sans risque de « glisser avant ».
DESCRIPTION :
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 multicouche 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 :
En application de la convention entre le comité économique des produits de santé et les sociétés ABC, ASKLE SANTE, CARPENTER SAS, DARULIFT SARL, les Laboratoires ESCARIUS INVACARE POIRIER SAS, PHARMA OUEST, SYST'AM et le Syndicat national des prestataires de santé à domicile SYNALAM, et par décision du comité économique des produits de santé en l'absence de conventions signées avec la chambre syndicale de répartition pharmaceutique (CSRP), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union nationale des pharmaciens de France (UNPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), le Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM) et l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM), les tarifs et les prix limites de vente au public en euros TTC des produits visés ci-dessous sont fixés comme suit :

Société Annie Bauer Confort (ABC)

Code	Nomenclature	TARIF	PLV	Date de fin de prise

		(en euros TTC)	(en euros TTC)	en charge
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	**69,00**	**69,00**	**30-06-2015**
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	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**
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	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**
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	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1251773	Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, 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 WINNCARE France. Références prises en charge : VCAE/M4343	**69,00**	**69,00**	**30-06-2020**
1280036	Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, 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 WINNCARE France. » ; MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : VCAG3841, VCAG4041, VCAG4341, VCAG4043, VCAG4343, VCAG4544, VCAG4347, VCAG4540 et VCAG4340.	**69,00**	**69,00**	**30-06-2020**
1256546	Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, ALOVA GALBE, standard < 38cm. Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, ALOVA GALBE, standard < 38cm. » ; 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 WINNCARE France. ; MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : VCAG3636.	**81,00**	**81,00**	**30-06-2020**
1276951	Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, 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 WINNCARE France. » MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :	**81,00**	**81,00**	**30-06-2020**

	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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : VCAG5044, VCAG5250, VCAG5450, VCAG5650, VCAG6050.			
1223297	Escarres, coussin visco, classe II, WINNCARE, ALOVA GALBE, technique Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, ALOVA GALBE, de la société WINNCARE France. ». Références prises en charge : VCAG3841BP, VCAG4041BP, VCAG4341BP, VCAG4343BP, VCAG4544BP, VCAG5044BP, VCAG4347BP, VCAG4343XL et VCAG5044XL.	**81,00**	**81,00**	**31-12-2019**

Société Carpenter SAS (Carpenter)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1202705	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, 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, VISCOLUX, de la société PHARMAOUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. 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	**69,00**	**69,00**	**01-07-2017**
1296793	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, 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, VISCOLUX, de la société PHARMAOUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. VISCOLUX est garanti trois ans. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin. Références prises en charge : 768309	**81,00**	**81,00**	**01-07-2017**

1292789	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, 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, VISCOLUX, de la société PHARMAOUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. 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	**81,00**	**81,00**	**01-07-2017**
1217664	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, VISCOLUX, technique. Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, VISCOLUX, de la société PHARMAOUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. 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	**81,00**	**81,00**	**31-12-2014**

Laboratoires Escarius

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge des coussins est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. 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). La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.	**69,00**	**69,00**	**18-12-2023**
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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge des coussins est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. 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).	**92,00**	**92,00**	**18-12-2023**

	La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.			
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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge des coussins est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. 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). 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). La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.	**92,00**	**92,00**	**18-12-2023**
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)	**92,00**	**92,00**	**30-06-2015**

Société Invacare Poirier sas (Invacare)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. 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.	**69,00**	**69,00**	**30-06-2022**
1260677	Escarres, coussin visco, classe II, Invacare, CLASSIC VISCO, standard < 38 cm.	**81,00**	**81,00**	**30-06-2022**

	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.			
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.	**81,00**	**81,00**	**30-06-2022**
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	**81,00**	**81,00**	**31-12-2019**
1204839	Escarres, coussin visco, classe II, Invacare, MATRX CONTOUR VISCO, technique Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, INVACARE MATRX CONTOUR VISCO, de la société Invacare Poirier S.A.S. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge des coussins est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications revendiquées pour des patients ayant un poids maximal compris entre 80 et 140 kg, selon les références. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 1631201 ; 1631202 ; 1631203 ; 1631204 ; 1631205 ; 1631206 ; 1631207 ; 1631208 ; 1631209 ; 1631210 ; 1631211 ; 1631212 ; 1631213 ; 1631214 ; 1631215 ; 1631216 ; 1631217 ; 1631218 ; 1631220 ; 1631221 ; 1631223 ; 1631224 ; 1631222. La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.	**81,00**	**81,00**	**15-06-25**

Société HERDEGEN SNC (HERDEGEN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 HERDEGEN. 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	**69,00**	**69,00**	**30-06-2015**

	NAB, 410753 2 housses NAB, 410764 Plat, 410766 2 housses IMP, 410768 2 housses IMP, 410769 2 housses IMP			
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 HERDEGEN. 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 IMP, 410754 2 housses NAB, 410761 2 housses NAB, 410762 2 housses IMP, 410763 2 housses IMP, 41077XX 2 housses IMP	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**
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 HERDEGEN. 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	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**
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 HERDEGEN. 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.	**81,00**	**81,00**	**30-06-2015**

Société PHARMA OUEST

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1231233	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, KALLI 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, PHARMA FORM KALLI VISCO, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 100 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17294, 17.17295, 17.17267. 17.17217, 17.17218, 17.17219, 17.17228, 17.17226, 17.17227, 17.17225	**69,00**	**69,00**	**31-12-2024**

1272344	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, KALLI 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, PHARMA FORM KALLI VISCO, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 100 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17234. 17.17209, 17.17212, 17.17214, 17.17216	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**
1262713	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, KALLI 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, PHARMA FORM KALLI VISCO, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 130 kg La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17235, 17.17236 et 17.17299 17.17229, 17.17271	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**
1239022	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, PHARMA FORM ISKIO, technique Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, PHARMA FORM ISKIO, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 150 kg pour les références 17.17007 ; 17.17112 ; 17.17106 ; 17.17111 ; 17.17116 ; 17.17032. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 160 kg pour les références 17.17126 ; 17.17034 ; 17.17133 ; 17.17136. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : ISKIO BI-MATIÈRES : 17.17106, 17.17116, 17.17126, 17.17136. 17.17007, 17.17112, 17.17111, 17.17032, 17.17034, 17.17133	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**
1294653	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, PHARMA FORM PRIMA, 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 PRIMA, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. Pour les références 17.143, 17.146, 17.147, 17.153 et 17.154, la prise en charge est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 100 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17260, 17.17265, 17.17270, 17.17266, 17.17.200 17.143, 17.146, 17.147, 17.141, 17.144, 17.153, 17.140, 17.154, 17.145, 17.142	**69,00**	**69,00**	**31-12-2024**
1231865	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, PHARMA FORM PRIMA, < 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 PRIMA, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17264 17.150, 17.151, 17.152	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**
1285690	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, PHARMA FORM PRIMA, > 45cm Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit « de forme » de largeur supérieure à 45 cm, PHARMA FORM PRIMA, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 100 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17275, 17.17276, 17.17280, 17.17277, 17.17239. 17.148, 17.149, 17.155, 17.156	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**

1261725	Escarres, coussin visco, classe II, PHARMAOUEST, PRIMA PLOT, technique Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, PHARMA FORM PRIMA PLOT, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. INDICATION : Support de fauteuil d'aide à la prévention de l'escarre chez les patients à risque modéré à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), sans asymétrie d'appui et ayant un déficit postural en position assise de type « glissement avant » ou « glissé avant » (régression psychomotrice, accident vasculaire cérébral, hypertonie des ischiaux jambiers, hypertonie des extenseurs du rachis). Ces indications sont essentiellement gériatriques. Le « glissé avant » en position assise est identifié comme un facteur de risque majeur d'escarre sacro-coccygienne. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximal de 100 kg. La prise en charge d'un coussin associé à une butée de stabilisation pelvienne se fait en lieu et place d'un coussin de siège d'aide à la prévention de l'escarre. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.17265P, 17.17260P, 17.17270P, 17.17275P, 17.17280P.	**81,00**	**81,00**	**31-12-2024**

Société Syst'am

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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 130 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Le coussin a une épaisseur de 6,2 cm de mousse viscoélastique sous les ischions. Dimensions : L. 38 cm x l. 38 cm, L. 38 cm x l. 43 cm, L. 40 cm x l. 40 cm, L. 40 cm x l. 46 cm, L. 42 cm x l. 41 cm, L. 42 cm x l. 42 cm, L. 42 cm x l. 46 cm, L. 45 cm x l. 42 cm, L. 45 cm x l. 46 cm.	**78,50**	**78,50**	**30-06-2020**
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	**78,50**	**78,50**	**31-12-2019**
1262699	Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 C, standard&lt ; 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : 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 :	**92,00**	**92,00**	**30-06-2020**

	Le coussin a une épaisseur de 6,2 cm de mousse viscoélastique sous les ischions. Dimensions : L. 32 cm x l. 32 cm, L. 36 cm x l. 36 cm, L. 36 cm x l. 40 cm, L. 37 cm x l. 38 cm, L. 37 cm x l. 43 cm			
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.	**92,00**	**92,00**	**31-12-2019**
1271379	Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 C, standard &gt ; 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 55 et 195 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : L'épaisseur de mousse viscoélastique sous les ischions est de : 6,2 cm pour les coussins de 46 et 48 cm de longueur ; 6,7 cm pour les coussins de 51 cm de longueur ; 7,6 pour les coussins de 56 et 61cm de longueur sauf celui de 61 x 50 cm qui a une épaisseur de 7,7 cm. Dimensions : L. 46 cm x l. 42 cm, L. 46 cm x l. 46 cm, L. 48 cm x l. 43 cm, L. 51 cm x l. 46 cm, L. 51 cm x l. 50 cm, L. 56 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 50 cm	**92,00**	**92,00**	**30-06-2020**
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	**92,00**	**92,00**	**31-12-2019**
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. INDICATION : Support de fauteuil d'aide à la prévention de l'escarre chez les patients à risque modéré à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), sans asymétrie d'appui et ayant un déficit postural en position assise de type « glissement avant » ou « glisser avant » (régression psychomotrice, accident vasculaire cérébral, hypertonie des ischiaux jambiers hypertonie des extenseurs du rachis). Ces indications sont essentiellement gériatriques. Le « glisser avant » en position assise est identifié comme un facteur de risque majeur d'escarre sacro-coccygienne. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 15 à 195 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : L'épaisseur de mousse viscoélastique sous les ischions est de : 6,2 cm pour les coussins entre 32 et 48 cm de longueur ; 6,7 cm pour les coussins de 51 cm de longueur ; 7,6 pour les coussins de 56 et 61cm de longueur sauf celui de 61 x 50 cm qui a une épaisseur de 7,7 cm. Dimensions des coussins techniques avec butée pelvienne : L. 32 cm x l. 32 cm, L. 36 cm x l. 36 cm, L. 36 cm x l. 40 cm, L. 37 cm x l. 38 cm, L. 37 cm x l. 43 cm, L. 38 cm x l. 38 cm, L. 38 cm x l. 43 cm, L. 40 cm x l. 40 cm, L. 40 cm x l. 46 cm, L. 42 cm x l. 41 cm, L. 42 cm x l. 42 cm, L. 42 cm x l. 46 cm, L. 45 cm x	**92,00**	**92,00**	**30-06-2020**

	l. 42 cm, L. 45 cm x l. 46 cm, L. 46 cm x l. 42 cm, L. 46 cm x l. 46 cm, L. 48 cm x l. 43 cm, L. 51 cm x l. 46 cm, L. 51 cm x l. 50 cm, L. 56 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 50 cm.			
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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 15 à 195 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : L'épaisseur de mousse viscoélastique sous les ischions est de : 6,2 cm pour les coussins entre 32 et 48 cm de longueur ; 6,7 cm pour les coussins de 51 cm de longueur ; 7,6 pour les coussins de 56 et 61cm de longueur sauf celui de 61 x 50 cm qui a une épaisseur de 7,7 cm. Dimensions des coussins techniques : L. 32 cm x l. 32 cm, L. 36 cm x l. 36 cm, L. 36 cm x l. 40 cm, L. 37 cm x l. 38 cm, L. 37 cm x l. 43 cm, L. 38 cm x l. 38 cm, L. 38 cm x l. 43 cm, L. 40 cm x l. 40 cm, L. 40 cm x l. 46 cm, L. 42 cm x l. 41 cm, L. 42 cm x l. 42 cm, L. 42 cm x l. 46 cm, L. 45 cm x l. 42 cm, L. 45 cm x l. 46 cm, L. 46 cm x l. 42 cm, L. 46 cm x l. 46 cm, L. 48 cm x l. 43 cm, L. 51 cm x l. 46 cm, L. 51 cm x l. 50 cm, L. 56 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 46 cm, L. 61 cm x l. 50 cm	**92,00**	**92,00**	**30-06-2020**
1204288	Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CV, technique. 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	**92,00**	**92,00**	**31-12-2019**

C – Coussins ischiatiques sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1246424 103C03.5	Escarres, coussin ischiatique sur mesure. Coussin d'aide à la prévention des escarres ischiatiques réalisé sur mesure, avec ou sans système de repérage	**228,67**	**31-07-2022**
	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. La prise en charge de ce coussin est assurée jusqu'au **01-01-2004**, période pendant laquelle sera réalisé un recueil des données cliniques sur l'efficacité de ce coussin. 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).		

D – Accessoires pour coussins

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
1203633 103C03.31	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. 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.	**15,24**	**31-07-2018**
1221855 103C03.41	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.	**16,01**	**31-07-2018**

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	LIBELLÉ	Tarifs (en euros TTC)	Prix limites de vente au public (TTC)	Date de fin de prise en charge
1205477	Escarres surmatelas, support de plus de 5 cm pour surmatelas.	**49,44**	**49,44**	**31-07-2018**

	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..			

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.

1° 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 :

a) Matelas ou surmatelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1240150	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, WINNCARE, APLOT ZYPREX DERMALON La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VA103MP, VA103.	**135,45**	**135,45**	**01-01-2011**

Société PHARMA OUEST

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1219462 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMAOUEST, CARPLOT. Matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier, CARPLOT, avec alèse polyuréthane, de la société PHARMAOUEST. 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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**
1294794 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMAOUEST, MAT BASIC. Matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier, MAT BASIC, avecalèse polyuréthane 50µ, de la société PHARMAOUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayantun 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 ;	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**

	- 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.			

Société HERDEGEN SAS (HERDEGEN)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1263753 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, HERDEGEN, MG 37 HR HERDEGEN.	**135,45**	**135,45**	**01-01-2006**
1280065	Escarres, matelas en mousse, s/classe IA, HERDEGEN, CONFORT MAPE ». La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 80 kg.	**135,45**	**135,45**	**01-08-2013**

Société Invacare Poirier SAS (Invacare)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 - 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	**135,45**	**135,45**	**15-09-2014**

Société Mousse Plastique d'Artois

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1204302 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, ARTOIS, MPA-HRA.	**135,45**	**135,45**	**01-01-2011**

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF	PLV	Date de fin de

		(en euros TTC)	(en euros TTC)	prise en charge
1234600 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMAOUEST, PHARMA PLOTS. Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA PLOT 3 parties, de la société PHARMAOUEST. 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. Date de fin de prise en charge : 31 décembre 2013.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**
1265166 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMAOUEST, PHARMA PLOTS COMPRESSE. Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA PLOT 3 PARTIES COMPRESSE, de la société PHARMAOUEST. 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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**
1224138 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMAOUEST, PHARMA OCEANIS. Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA OCEANIS, de la société PHARMAOUEST. 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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**

Société Promousse sa

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1256813 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PROMOUSSE SA, MEDISOM DERMALON 10.	**135,45**	**135,45**	**01-01-2006**

Société Recticel

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1287340 101A04.21	Escarres, matelas en mousse, s/classe IA, RECTICEL, MPE. 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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**

Société Syst'am

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1252689 101A04.21	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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**
1220028 101A04.21	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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**
1285111 101A04.21	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.	**135,45**	**135,45**	**31-12-2013**

Société Treca Dunlopillo

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1225273 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, TRECA, DERMOCONFORT.	**137,00**	**137,00**	**01-01-2006**
1253677 101A04.21	Escarres matelas en mousse, s/classe IA, TRECA, DERMOCONFORT DERMALON.	**137,00**	**137,00**	**01-01-2006**

b) Matelas ou surmatelas à pression alternée

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1280680 101A04.23	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.	**49,44**	**49,44**	**31-12-2013**

Société La Diffusion technique française

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1254984 101A04.23	Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUL.	**49,44**	**49,44**	**01-01-2006**
1297628 101A04.23	Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUS.	**49,44**	**49,44**	**01-01-2006**
1295374 101A04.23	Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUI.	**49,44**	**49,44**	**01-01-2006**

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1215205 101A04.23	Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, PHARMAOUEST, PHARMA AIR. Surmatelas à pression alternée, PHARMA AIR, de la société PHARMAOUEST. 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.	**49,44**	**49,44**	**31-12-2013**

Société STRYKER France SAS (STRYKER)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1252815 101A04.23	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.	**276,84**	**276,84**	**31-12-2013**

c) Matelas ou surmatelas mixte : en mousse et eau ou en mousse et air

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1233433	Escarres matelas mixte, s/classe IA, ESCARIUS, HYDRESCARRE II.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**

101A04.24				

2° 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 :

a) Matelas ou surmatelas à air statique ou à air motorisé

Société WINNCARE France (WINNCARE

CODE	Référence	Tarifs (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1279317	Escarres surmat, air motorisé, s/classe IB, WINNCARE, AXTAIR TRIMODE AUTOMORPHO. » Surmatelas d'aide à la prévention ou d'aide au traitement des escarres AXTAIR TRIMODE AUTOMORPHO de la société WINNCARE France. ». Ce code est à associer au code 1240054.	**136,44**	**136,44**	**01-12-2012**

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

CODE	Référence	Tarifs (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1278045	Escarres surmatelas, air motorisé, s/classe IB, PHARMAOUEST, CAIRFLOW PM100A. Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	**294,64**	**294,64**	**01-12-2012**
1294802	Escarres surmatelas, air motorisé, s/classe IB, PHARMAOUEST, CAIRFLOW PM100A EVO Chaque surmatelas est conditionné de façon unitaire et est livré avec un support en mousse de plus de 5 cm, de housses, un compresseur, un câble d'alimentation et une notice d'utilisation Le matelas CAIRFLOW PM100A EVO est constitué de 18 cellules à air en polyuréthane de 13 cm d'épaisseur d'air placées sur une base en mousse haute résilience (37 kg/m3) de 8 cm : - cinq cellules de tête statiques ; - huit cellules à perte d'air au niveau du dos et du sacrum ; - cinq cellules de pieds dont trois avec option de décharge talonnière. Le surmatelas est relié à un compresseur disposant d'une alarme sonore et d'une alarme visuelle. Le réglage du compresseur est manuel (pression de gonflage déterminée selon le réglage du poids du patient correspondant). La puissance acoustique générée par le compresseur est de 27-28 dB à 2 mètres. Les cellules sont reliées entre elles et constituent deux réseaux gonflés alternativement. La durée totale du cycle est de 12 minutes. Le surmatelas est également doté d'un mode « soins » permettant de surgonfler le dispositif pendant une durée maximale de 20 minutes dans le but de réaliser les transferts ou les soins. Le temps de dégonflage du surmatelas dans l'hypothèse de la nécessité d'une réanimation cardio-pulmonaire d'urgence est inférieur à 20 secondes. Le poids maximal des patients supporté par le surmatelas CAIRFLOW PM100A EVO est de 160 kg. La garantie assurée par le fabricant pour l'intégralité du système CAIRFLOW PM100A EVO est de deux ans. Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé. REFERENCES PRISES EN CHARGE 826555 CAIRFLOW PM100A EVO complet 90 cm dimension 90x200x21cm 900002 CAIRFLOW PM100A EVO complet 100 cm dimension 100x200x21cm 900000 CAIRFLOW PM100A EVO complet 120 cm dimension 120x200x21cm	**294,64**	**294,64**	**31-03-2023**

1276371	Escar. surmat., air moto., s/classe IB, PHARMAOUEST, CAIRFLOW PM100A EVO DIGITAL DESCRIPTION surmatelas est conditionné de façon unitaire et est livré avec un support en mousse de 8 cm, d'une housse, un compresseur, un câble d'alimentation et une notice d'utilisation. Le surmatelas CAIRFLOW PM100A EVO DIGITAL est constitué de 18 cellules à air en polyuréthane de 13 cm d'épaisseur d'air placées sur une base en mousse de 8 cm: – cinq cellules de tête statiques; – huit cellules à perte d'air au niveau du dos et du sacrum; – cinq cellules de pieds dont trois avec option de décharge talonnière. Le surmatelas est relié à un compresseur disposant d'une alarme sonore et d'une alarme visuelle. Le réglage du compresseur est manuel (pression de gonflage déterminée selon le réglage du poids du patient correspondant). La puissance acoustique générée par le compresseur est de 27-28 dB à 2 mètres. Les cellules sont reliées entre elles et constituent deux réseaux gonflés alternativement. La durée totale du cycle est de 12 minutes. Le surmatelas est également doté d'un mode: – «soins» permettant de surgonfler le dispositif pendant une durée maximale de 20 minutes dans le but de réaliser les transferts ou les soins; – «statique» en cas de préparation au sevrage du surmatelas à air. Le temps de dégonflage du surmatelas dans l'hypothèse de la nécessité d'une réanimation cardio-pulmonaire d'urgence est inférieur à 20 secondes . INDICATIONS PRISES EN CHARGE – Aide à la prévention d'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures. – Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec: – une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou on dans la journée; – ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée; – ou 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; – ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge du surmatelas CAIRFLOW PM100A EVO DIGITAL est assurée dans l'aide à la prévention et l'aide au traitement de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids compris entre 40 et 180 kg. Les garanties assurées par le fabricant sont les suivantes: – deux ans pour le surmatelas et le compresseur, – un an pour la base en mousse et la housse. La prise en charge à l'achat de ce matelas n'est pas cumulable avec la prise en charge d'un surmatelas à la location 1217374 «LIT, COMPRESSEUR ET SURMATELAS PNEUMATIQUE, LOCATION HEBDOMADAIRE». RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 826700; 826701; 826702	**294,64**	**294,64**	**31-03-2023**

Société Hospidex France

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1238896 101A04.25	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.	**168,08**	**168,08**	**01-01-2011**

Société STRYKER France SAS (STRYKER)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1255506 101A04.25	Escarres surmatelas à air statique, s\classe IB, STRYKER, SOF.CARE, SCMU= SC 402. Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	**294,64**	**294,64**	**01-01-2006**
1263351 101A04.25	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.	**294,64**	**294,64**	**31-12-2013**

b) Matelas ou surmatelas avec produits à forte viscosité ou en mousse et produits à forte viscosité

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1259220 101A04.27	Escarres matelas, forte viscosité, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL MOUSSE.	**135,45**	**135,45**	**01-01-2006**

c) Matelas ou surmatelas en mousse structurée formés de modules amovibles de densité et/ou hauteur variable

Société WINNCARE France (WINNCARE

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1273065	Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, WINNCARE, EPSUS DERMALON.. Matelas en mousse à modules amovibles de densité variable EPSUS ZYPREX DERMALON de la société WINNCARE France. 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. Date de fin de prise en charge : 1er janvier 2011.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**
1236696	Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, WINNCARE, EPSUS PUR. Matelas en mousse à modules amovibles de densité variable EPSUS ZYPREX PUR de la société WINNCARE France 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.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**

Société PHARMA OUEST

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1297427 101A04.28	Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, PHARMAOUEST, HPR05. Matelas PREVENTIX MAT 5, avec housse HPR05. La prise en charge est assurée pour les références : 70040 et 70027.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1203290 101A04.28	Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, ESCARIUS, VARIAPLOT. Matelas VARIAPLOT GAUFRIER CLII DERMALON.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**

Société Mousse plastique d'artois

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1232468 101A04.28	Escarres (sur)matelas en mousse structurée, s/classe IB, ARTOIS, POLYMOUSSE. Matelas POLYMOUSSE DERMALON.	**227,40**	**227,40**	**01-01-2011**

Société Pharmaouest Industries (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1228350 101A04.28	Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, PHARMAOUEST, PHARMA MOD'I. Matelas en mousse structurée formé de modules amovibles de densité et/ou hauteur variables, PHARMA MOD'I, de la société PHARMAOUEST. 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.	**227,40**	**227,40**	**31-12-2013**

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 :

1° Matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme »

Société ABC

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1284927	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ABC, MEM 10. Surmatelas AIRSOFT MEMOBA avec housse Bravo Réf. MEM 10.	**247,18**	**247,18**	**01-01-2004**

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1206548	Escarres surmat mousse viscoélastique, s/classe II, WINNCARE, ALOVA DERMALON FR Surmatelas d'aide à la prévention ou d'aide au traitement des escarres ALOVA DERMALON FR de la société WINNCARE France. » ; 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.	**247,18**	**247,18**	**01-01-2009**
1223423	Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, WINNCARE, ALOVA. Matelas ALOVA multiportance en mousse viscoélastique dit « à mémoire de forme », de la société WINNCARE France. » ; Les types de housse disponibles sont PROMUST PU, PROMUST PU HD et PROMUST CIC. Elles sont intégrales, amovibles avec une fermeture à glissière sur 1 à 4 côtés selon le modèle. Le poids des patients doit être compris entre : - 30 et 135 kg pour les références VMA70 et VMA80 ; - 30 et 180 kg pour les références VMA64 (VMA64HIP, VMA64HIP3, VMA64HIPH, VMA64CIC) où HIP, HIP3, HIPH et CIC correspondent aux différentes versions du matelas selon la protection, le mode de conditionnement, à angles coupés ou pas. 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - VMA64 (VMA64HIP, VMA64HIP3, VMA64HIPH, VMA64CIC), dimensions : L. 196 cm x l. 87 cm x h. 14 cm. - VMA70, dimensions : L. 196 cm x l. 70 cm x h. 14 cm. - VMA80, dimensions : L. 196 cm x l. 80 cm x h. 14 cm.	**296,62**	**296,62**	**31-12-2023**
1250259	Escarres surmatelas mousse viscoélastique, s/classe II, WINNCARE, ALOVA PROMUST Surmatelas ALOVA en mousse viscoélastique dit « à mémoire de forme », de la société WINNCARE France. » 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.	**247,18**	**247,18**	**01-01-2009**

Société PHARMA OUEST

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1249138	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, PHARMAOUEST, CARGUM	**247,18**	**247,18**	**01-01-2009**
1294506 101A04.32	Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMAOUEST, CARGUMIXT. La prise en charge est assurée pour les références 321055, 322655 et 322666.	**296,62**	**296,62**	**01-01-2009**

Laboratoires Escarius

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1216937 101A04.32	Escarres matelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ESCARIUS, VISCO.	**296,62**	**296,62**	**01-01-2009**
1244900	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ESCARIUS, VISCO.	**247,18**	**247,18**	**01-01-2009**

Société Invacare Poirier SAS (Invacare)

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**247,18**	**247,18**	**15-09-2014**
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.	**296,62**	**296,62**	**15-09-2014**

Société HERDEGEN SNC (HERDEGEN)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1213092	Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, DARULIFT, VISCO MOUSS. Matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, VISCO MOUSS, de la société HERDEGEN. 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.	**296,62**	**296,62**	**15-07-2014**
1267449	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, classe II, HERDEGEN, 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.	**247,18**	**247,18**	**01-04-2014**

Société Mousse plastique d'artois SAS (ARTOIS)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1200250	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, classe II. ARTOIS, SVPE Le surmatelas SVPE est intégralement composé de mousse viscoélastique à mémoire de forme et de densité 80kg/m3. Il est recouvert d'une housse de protection intégrale et imperméable en jersey enduit de polyuréthane. Indications : Aide à la prévention de l'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles) : patient levé dans la journée, alité plus de 15 heures. Aide au traitement de l'escarre associé à un système de décharge localisée, chez des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles) : – une ou plusieurs escarres de stade 1 ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou non dans le journée ; – une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui. Aide au traitement de l'escarre associé à un système de positionnement et l'intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement, chez des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre : une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée. Modalités de prescription et d'utilisation : La prise en charge est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 50 et 100 kg. Références prises en charge : SVPE 85 : 193,5 cm x 85,5 cm x 7,2 cm ; SVPE 120 : 193,5 cm x 120 cm x 7,2 cm ; SVPE 140 : 193,5 cm x 140 cm x 7,2 cm ; SVPE 160 : 193,5 cm x 160 cm x 7,2 cm.	**247,18**	**247,18**	**15-06-2020**

Société PHARMAOUEST INDUSTRIES (PHARMAOUEST)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1237218	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, PHARMAOUEST, PHARMA FORM. Surmatelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, en 3 parties, PHARMA FORM, de la société PHARMA UEST. 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.	**247,18**	**247,18**	**31-12-2013**
1269342	Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMAOUEST, 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 : - 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.	**296,62**	**296,62**	**31-12-2013**
1236839	Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMAOUEST, NOVA FORM. Matelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, NOVA FORM, de la société	**296,62**	**296,62**	**01-03-2022**

	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			
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. 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	**296,62**	**296,62**	**01-03-2022**

	(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			

Société Syst'am

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1222808 101A04.32	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.	**296,62**	**296,62**	**31-12-2013**
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.	**247,18**	**247,18**	**31-12-2013**

Société Tempur

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1228917 101A04.32	Escarres matelas en mousse viscoélastique, s/classe II, TEMPUR, DISCOVERY.	**296,62**	**296,62**	**01-01-2004**
1251342	Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, TEMPUR, DISCOVERY.	**247,18**	**247,18**	**01-01-2004**

2° Matelas ou surmatelas mixte incluant une couche en mousse viscoélastique

Société WINNCARE France (WINNCARE)

Code	Référence	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1234728	Escarres matelas mixte, multiportance, classe II, WINNCARE, ALOVA » Escarres matelas mixte, multiportance, incluant une couche en mousse viscoélastique, classe II, WINNCARE, 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.	**300,00**		**01-12-2012**

Société HERDEGEN SAS (HERDEGEN)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1202272	Escarres matelas mixte, classe II, HERDEGEN, 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.	**296,62**	**296,62**	**01-04-2014**

3° Matelas ou surmatelas en mousse multistrate

Société Annie Bauer Confort Sarl

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**296,62**	**296,62**	**15-01-2015**

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 :

1° Matelas en mousse multistrate

La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 120 kg.
En application de l'article R. 165-10 du code de la sécurité sociale, il est constaté que le renouvellement de l'inscription d'AIRSOFT DUO de la société Annie Bauer Confort SARL sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a pris effet à compter des dates de fin de prise en charge dans les indications remboursables jusqu'aux nouvelles dates de fin de prise en charge suivantes

Société Annie Bauer Confort (A. BAUER)

Code	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1294570	Escarres matelas en mousse multistrate, classe III, A. BAUER, AIRSOFT DUO Matelas d'aide à la prévention et d'aide au traitement des escarres de type mousse multistrates. DESCRIPTION Matelas de dimension 196 cm x 87 cm x 17 cm, est composé de trois couches successives : - une semelle en mousse haute résilience de masse volumique 35 kg/m3 et de portance 2,9 kPa, d'épaisseur 4 cm. - Une couche pyramidale haute résilience de masse volumique 35 kg/m3 et de portance 2,9 kPa, d'épaisseur 5 cm. - Une couche de surface extra-tendre en mousse « haute élasticité » de masse volumique 41 kg/m3 et de portance 1,7 kPa, d'épaisseur 8 cm Le matelas est garanti pour une durée de 5 ans. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Aide à la prévention d'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, alité plus de 15 heures. - Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec : - une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou on dans la journée ; - ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ; - ou 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. MODALITES 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 prise en charge du matelas AIRSOFT DUO est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids compris jusqu'à 140 kg. La prise en charge est limitée à un matelas tous les 5 ans.	**296,62**	**296,62**	**29-01-2024**

D – Accessoires de protection du matelas ou surmatelas

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros		Date de fin de prise en charge
1298119	Escarres, remplacement de la housse d'origine du (sur)matelas. Remplacement de la housse d'origine	**25,92**		**31-07-2018**

101A04.41	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 sous-classe ou classe de la nomenclature des matelas ou surmatelas.			

Section 2. – Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie

Sous-section l : Appareil modulaire de verticalisation

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	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). **[Voir LR-DDGOS 62 / 2007 du 04-07-2007]**		
1266846 101A01.1	Appareil modulaire de verticalisation, modèle enfant et adulte.	**363,74**	**31-07-2017**
1238152 101A01.21	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.	**18,45**	**31-07-2017**
1207507 101A01.22	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 :	**35,06**	**31-07-2017**

Sous-section 2 : Cannes et béquilles

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	Elles comportent des sabots ou embouts adaptés.		
1270463 101B01.1	Canne en bois verni, à l'achat.	**6,10**	**31-07-2025**
1296787	Canne métallique réglable, avec appui antébrachial ou poignet en T, à l'achat.	**12,20**	**31-07-2025**

101B01.2			
1200764 101B01.3	Canne tripode ou quadripode réglable en hauteur, à l'achat.	**12,65**	**31-07-2025**
1206880 101B01.4	Canne blanche pour aveugle, pliable ou non, à l'achat.	**6,86**	**31-07-2025**
1261872 101B01.5	Béquilles d'aisselles réglables en hauteur, tout type, la paire, à l'achat.	**18,29**	**31-07-2025**

Sous-section 3 : Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux, pour patients polyhandicapés, en position allongée

Code	Nomenclature	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	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 103C05.1	Coussin de série de positionnement, standard, des hanches et des genoux.	**173,79**	**31-07-2018**
	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 103C05.21	Coussin de série , de positionnement, modulaire, des hanches et des genoux, base. Base du coussin modulaire.	**129,58**	**31-07-2018**
1254895 103C05.22	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 **164,64** € maximum : par coussin.	**41,16**	**31-07-2018**

Sous-section 4 : Déambulateurs et prestation de livraison

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	Fixes ou articulés ou à roulettes, ils doivent être réglables en hauteur.		
1285619 101B04.1	Déambulateur, achat.	**53,81**	**31-07-2017**
1225646 101B04.21	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).	**2,21**	**31-07-2017**
1260418 101B04.22	Déambulateur, location hebdomadaire, > 26 semaines. Location hebdomadaire, calculée de date à date, pendant la deuxième période au-delà de la 26° semaine (> 26 semaines).	**1,34**	**31-07-2017**
1290968 101C01.3	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.	**12,96**	**31-07-2017**

Sous-section 5 : Dispositif de traction continue et dynamique du rachis et prestation de livraison

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	Location hebdomadaire, calculée de date à date, comprenant la fourniture de la mentonnière.		

1270380 101C07.1	Dispositif de traction, rachis, location hebdomadaire, < ou = 65 semaines. Location hebdomadaire pendant la première période jusqu'à la 65° semaine (< ou = 65 semaines).	**8,69**	**31-07-2025**
1258189 101C07.2	Dispositif de traction, rachis, location hebdomadaire, > 65 semaines. Location hebdomadaire pendant, la deuxième période au-delà de la 65°semaine (> 65 semaines).	**5,34**	**31-07-2025**
1235484 101C01.2	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.	**17,68**	**31-07-2025**

Sous-section 6 : Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	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 101C01.2	VHP, forfait de livraison. Forfait de livraison à domicile pour un fauteuil roulant. 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.	**17,68**	**31-07-2018**
	Location hebdomadaire du fauteuil roulant pendant la première période jusqu'à la 52ème semaine (< ou = 52 semaines)		
1298680 101C08.11	VHP avec 1 accessoire, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.	**16,45**	**31-07-2018**
1204800 101C08.12	VHP avec 2 accessoires, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.	**21,30**	**31-07-2018**
1210917 101C08.13	VHP avec plus de 2 accessoires, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.	**25,51**	**31-07-2018**
	Location hebdomadaire du fauteuil roulant Pendant la deuxième- période au-delà de la 52ème semaine (> 52 semaines.		
1255682 101C08.21	VHP avec Franceaccessoire, location hebdomadaire, > 52 semaines.	**10,12**	**31-07-2018**
1232988 101C08.22	VHP avec 2 accessoires, location hebdomadaire, > 52 semaines.	**13,07**	**31-07-2018**
1240976 101C08.23	VHP avec plus de 2 accessoires, location hebdomadaire, > 52 semaines.	**15,60**	**31-07-2018**

Sous-section 7 : Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes

Paragraphe 1

Siège coquille de série

Les modèles de « siège coquille de série » doivent être conformes aux caractéristiques définies par les spécifications techniques définies ci-dessous et avoir satisfait, le cas échéant, à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent (accréditation NF EN ISO/DEI 17025) et indépendant.
Cette conformité inclut la validation de la documentation du dispositif médical, document d'avant-vente, guide d'utilisation, guide d'entretien et bon de commande. Ces documents devront reprendre les conditions de prise en charge. Le bon de commande devra faire apparaitre clairement les tarifs de prise en charge. Tous ces documents devront être datés et avoir un indice de version.

1.1 Spécifications techniques

1.1.1 Définition du siège coquille de série

Structure enveloppante capitonnée (appelée système de soutien du corps) destinée à maintenir une personne en position assise, avec un piètement à usage intérieur, équipée d'un repose-jambe (coussin appui-mollet).
Réglable en inclinaison (déclive exclusivement de 20° minimum) par un système mécanique assisté (vérin pneumatique, électrique…)

1.1.2 Système de soutien du corps composé au minimum d'un dossier, d'un siège, d'accoudoirs, et d'un ensemble repose-jambes

Les rembourrages des parties dossier, siège, et accoudoirs garantissent un appui continu (aucun espace entre les différentes parties).
Toutes les parties rembourrées sont déhoussables pour faciliter leur nettoyage ou leur remplacement.
Le système de soutien du corps est inclinable par un système mécanique assisté exclusivement en déclive (vérin pneumatique, vérin électrique…) verrouillable dans n'importe quelle position.
L'inclinaison du système de soutien du corps est de 20° minimum en déclive.
Le système de soutien du corps doit pouvoir être équipé d'une tablette en option. La tablette est au minimum amovible.

1.1.3 Dossier

Le dossier est équipé :
- d'appuis cervico-céphaliques latéraux de série amovibles et réglables en hauteur ;
- d'un appui thoraco-lombaire intégré au dossier pour garantir la stabilité latérale du tronc.

Le dossier a une hauteur minimale de 800 mm.

1.1.4 Siège

Le bon de commande propose au moins :
- 5 largeurs de siège (hors réglage en largeur des accoudoirs) ;
- 3 profondeurs de siège.

Le siège doit être réalisé dans un matériau utilisé pour la réalisation de coussins de siège d'aide à la prévention des escarres de catégorie égale ou supérieure à la catégorie 2 répondant aux spécifications techniques définies par la CNEDiMTS dans son avis du 22 décembre 2009 relatif aux dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres.

1.1.5 Accoudoir

La largeur de la face supérieure de l'accoudoir (appui-bras) est au minimum de 80 mm.
La hauteur de l'accoudoir par rapport au plan du siège est au minimum de 180 mm.

1.1.6 Coussin repose-jambes

Le coussin repose-jambes est inclinable de série.

1.1.7 Repose-pieds

Le siège coquille est équipé de palette repose-pieds escamotable de série.

Le repose-pied est réglable en hauteur.

1.1.8 Harnais

Le siège coquille est équipé d'un harnais thoracique de maintien (minimum 4 points) de série.

1.1.9 Classe d'usage

Classe d'usage intérieur, classe A.
Classe d'usage mixte sur terrain aménagé - classe B.
Le fabricant revendique dans la documentation commerciale et dans le guide d'utilisation et d'entretien la classe d'usage de son siège coquille.
1.1.10 Mode de propulsion
Le siège coquille est équipé d'un dispositif de poussée pour l'accompagnant de série.

1.1.11 Roues

Le siège coquille possède au moins 4 roues de 50 mm minimum.
Toutes les roues sont pivotantes pour la classe A.

1.1.12 Système d'immobilisation

Le siège coquille est équipé d'un système d'immobilisation agissant sur au moins deux roues.

1.1.13 Accessoire en option

Cet accessoire en option doit obligatoirement figurer sur le bon de commande
- tablette amovible.

1.1.14 Normes applicables

Les « sièges coquille de série » peuvent être considérés comme des fauteuils roulants manuels comme le précise la définition du « fauteuil roulant » au paragraphe 3.1 de la norme NF EN 12183 : Dispositif de mobilité personnel à roues intégrant un système de soutien du corps destiné à une personne à mobilité réduite, propulsé manuellement par l'utilisateur et/ou un assistant lorsque l'utilisateur est assis.
La présente norme européenne NF EN 12183 en vigueur spécifie des exigences et des méthodes d'essai relatives aux fauteuils roulants manuels conçus pour accueillir une personne dont le poids n'excède pas 250 kg.
Elle spécifie également des exigences et des méthodes d'essai pour les fauteuils roulants manuels munis d'un équipement électrique auxiliaire.
La présente norme européenne ne s'applique pas en totalité aux :
- fauteuils roulants prévus pour des usages spéciaux, tels que le sport, la douche, la toilette ;
- fauteuils roulants à propulsion manuelle munis d'une propulsion motorisée actionnée par une main courante ;
- fauteuils sur mesure ;
- fauteuils roulants verticalisateurs ;
- fauteuils roulants équipés de kits de motorisation utilisés pour la propulsion.

Les « sièges coquille de série » doivent respecter les exigences de la norme NF EN 12183 en vigueur pour tout ce qui est relatif :
- à la résistance à la fatigue pour le basculement et les fauteuils roulants destinés à être utilisés comme sièges dans les véhicules à moteur ;
- aux réglages du siège pour les systèmes à bascule et à inclinaison ;
- aux systèmes de manœuvre des freins, aux fonctions de freinage et à la force de poussée ;
- aux opérations devant être effectuées par l'utilisateur et/ou l'assistant ;

- aux commandes prévues pour être actionnées par l'utilisateur ;
- aux commandes prévues pour être actionnées par un assistant ;
- aux poignées de poussée et aux poignées de préhension ;
- aux forces de manœuvre ;
- aux équipements électriques auxiliaires ;
- au soutien pelvien antérieur ;
- aux propriétés des composants, notamment en ce qui concerne les ensembles de repose-pieds, de repose-jambes, accoudoirs et pneumatiques ;
- aux exigences spécifiques fournies par le fabricant.

Les « sièges coquille de série » doivent répondre aux exigences de la norme NF EN 12182 en vigueur qui reprend, pour tout ce qui est relatif :
- aux performances prévues et à la documentation technique ;
- aux aides démontables ;
- aux fixations non réutilisables ;
- à la biocompatibilité et toxicité ;
- aux contaminants et résidus ;
- à l'infection et contamination microbiologique ;
- au trop plein, à l'épanchement et pénétration des liquides ;
- à la sécurité des parties mobiles ;
- à la prévention des pièges pour certaines parties du corps humain ;
- au mécanisme de pliage et de réglage ;
- à la surface, coins et bords ;
- à l'évaluation clinique ;
- à l'ergonomie ;
- au contrôle des températures des surfaces de contact ;
- aux informations spécifiques fournies par le fabricant.

Les informations fournies par le fabricant doivent répondre aux exigences de la norme NF EN 12182, aux exigences de la norme ISO 7176-15 et doivent aussi répondre aux exigences spécifiques de la norme NF EN 12183.
La résistance à l'ignition est contrôlée conformément aux normes NF EN 1021-2 ou ISO 8191-2 en vigueur.
Les « sièges coquille de série » doivent également répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 14971 relative à l'analyse des risques.
Performances du fauteuil roulant :
La stabilité statique est contrôlée conformément à la norme NF ISO 7176-1 : sous réserve de passer de 10° à 6° pour la classe A.
La résistance statique, résistance aux chocs et résistance à la fatigue sont contrôlées conformément à la norme ISO 7176-8 en vigueur, sous réserve :
- pour la classe A :
- d'essai double tambour avec un obstacle de 2 mm au lieu de 10 mm ;
- d'essai de chute « de trottoir » remplacé par un essai de chute de mannequin avec les mêmes paramètres d'essai ;
- pour la classe B :
- d'essai double tambour avec un obstacle de 10 mm ;
- d'essai de chute « de trottoir » remplacé par un essai de chute de mannequin avec les mêmes paramètres d'essai.

1.2 Indication de prise en charge

« Patients âgés ayant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien et n'ayant pas d'autonomie de déplacement et se rattachant à une des catégories suivantes :
« - personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
« - personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
« - personnes en fin de vie.

« En vue d'évaluer la perte d'autonomie du patient et en particulier sa capacité à se déplacer et à maintenir sa position assise, le prescripteur peut, se référer, à titre indicatif, aux activités de transferts, déplacements à l'intérieur et déplacements à l'extérieur de la grille nationale « AGGIR » mentionnée aux articles L. 232-2 et R. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.
« La prise en charge d'un siège coquille est exclue pour les patients ayant conservé une autonomie de déplacement, afin d'éviter tout risque de mésusage et de grabatisation qui peut en découler. »

1.3 Modalités de prescription et d'utilisation

1.3.1 Durée de prise en charge

La prise en charge est assurée à l'achat pour une durée de cinq ans.
« Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir qu'à l'issue de de ce délai de cinq ans sur prescription médicale. »

1.3.2 Conditions de prise en charge

Prescription médicale (sans restriction du prescripteur).
La prise en charge d'un coussin de positionnement hanches/genoux pour personnes polyhandicapées en position allongée (code 1220471, 1269224, 1254895) ne peut s'effectuer comme adjonction d'un siège coquille.
La prise en charge d'un siège coquille exclut celle de :
- coussin de série d'aide à la prévention des escarres ;
- VPH.
En application de l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale, la prise en charge du siège coquille de série est subordonnée à une demande d'accord préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et à chaque renouvellement.

1.3.3 Garanties

Les prestataires de services et les distributeurs de matériels ou les pharmaciens d'officine sont tenus d'assurer l'application de la garantie des sièges coquilles contre tout vice de fabrication ou de matière première pendant une durée de deux ans minimum à compter du jour de sa mise en service. La garantie est limitée à l'échange gratuit par les prestataires de services et les distributeurs de matériels ou les pharmaciens d'officine des pièces ou sous-ensembles reconnus défectueux (pièces, main-d'œuvre et transport). Cette garantie couvre également la première révision du « siège coquille de série » qui interviendra un an après la date de sa mise en service. Toutes ces conditions de garantie sont clairement énoncées dans le guide d'utilisation et d'entretien qui est remis par les prestataires de services et distributeurs de matériels ou les pharmaciens d'officine à l'utilisateur le jour de la mise en service du « siège coquille de série ».
Les prestataires de services et distributeurs de matériels ou les pharmaciens d'officine sont tenus d'assurer le remplacement de toute pièce constituant le « siège coquille », pendant une période de cinq ans à partir de la date de mise en service du « siège coquille ». Durant cette même période, le fabricant est tenu de mettre à disposition les pièces nécessaires.
La prise en charge est assurée pour le siège suivant :

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1202674	Siège de série, siège coquille. La prise en charge comprend le siège coquille de série (hors option décrite dans la partie 1.1.13) et la prestation associée.	**532,54**	**532,54**	**01-01-2028**

Paragraphe 2

Siège de série modulable et évolutif, adaptable aux mesures du patient

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1269336	Siège de série, siège modulable et évolutif, tout modèle et adjonctions.	**838,47**	**-**	**01-01-2019**

	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 limite 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 référencé au code 1202674 ou avec la référence TR43Z01 (corset-siège en matériau thermoformable haute température).			

Paragraphe 3

Accessoires

Chaque accessoire doit obligatoirement être prescrit pour être pris en charge

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1279027	Siège de série, siège modulable et évolutif, pied support télescopique. Accessoire du siège modulable et évolutif pouvant être adapté sur un châssis à roulette. Pied support télescopique avec cinq roulettes pivotantes et système de frein. La prise en charge de ce code est subordonnée au caractère remboursable du siège de série modulable et évolutif (code 1269336) et ne peut se cumuler avec le code 1202674 (siège coquille de série).	**140,63**	-	**01-01-2028**
1203248	Siège de série, siège modulable et évolutif, tablette amovible. Accessoire du siège modulable et évolutif ou siège coquille pouvant être adapté sur un châssis à roulette La prise en charge de ce code est subordonnée au caractère remboursable du siège de série modulable et évolutif (code 1269336) ou du siège coquille de série (code 1202674)	**60,31**	-	**01-01-2028**
1201114	Siège de série, siège modulable et évolutif, repose-pieds réglable. Accessoire du siège modulable et évolutif pouvant être adapté sur un châssis à roulette. Repose-pieds réglable avec coussins de protection. La prise en charge de ce code est subordonnée au caractère remboursable du siège de série modulable et évolutif (code 1269336) et ne peut se cumuler avec le siège coquille de série (code 1202674).	**84,02**	-	**01-01-2028**

Sous-section 8: Appareils destinés au soulèvement du malade

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
	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 prestationde 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 101C09.31 1	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).	**2,29**	**31-07-2017**
1201858 101C09.31 2	Potence de support ou de relèvement, location hebdomadaire, > ou = 66 semaines. Location pendant la deuxième période, à partir de la 66° semaine (> 66 semaines).	**1,52**	**31-07-2017**
1293412 101C01.3	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	**12,96**	**31-07-2017**

	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.		
	Soulève-malade mécanique ou électrique accessoires et prestation de livraison.		
1231782 101C11.11	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).	**17,53**	**31-07-2017**
1278654 101C11.12	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).	**10,82**	**31-07-2017**
1272195 101C01.2	Soulève-malade, forfait de livraison. Ce forfàit 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 potences inscrites sou les référencés 1231782 et 1278654.	**17,68**	**31-07-2017**
1280533 101C11.2	Soulève-malade ; achat des sangles.	**24,15**	**31-07-2017**

Sous-section 9: Appareils divers d'aide à la vie

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	Date de fin de prise en charge
1211489 101A07	Appareil de soutien partiel de la tête.	**171,51**	**31-07-2015**
1290916 101A07.1	Appareil de soutien partiel de la tête, remplacement du serre-tête.	**24,39**	**31-07-2015**
1292424 103C01	Casque de protection pour enfant handicapé.	**8,96**	**31-07-2015**
1243302 101A02	Chaise percée avec accoudoirs et seau. Chaise percée avec accoudoirs, avec ou sans roulettes, avec ou sans repose-pieds, avec un seau.	**102,62**	**31-07-2015**
1245407 101A03.1	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, assurant le maintien du patient dans la coquille. Cette coquille peut être montée sur un socle en matière thermoformable à inclinaison variable.	**127,31**	**31-07-2015**
1216481 101A03.2	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.	**40,13**	**31-07-2015**
1293955 103G01	Gants de cuir pour prothèse de main, la paire.	**18,29**	**31-07-2015**

1222406 103G01.11	Gant sur mesure pour mutilation de main, en cuir, non fourré.	**19,06**	**31-07-2015**
1246967 103G01.12	Gant sur mesure pour mutilation de main, en cuir, fourré.	**25,92**	**31-07-2015**
1281202 103C06	Couteau, couteau-fourchette, liants avec étui.	**27,82**	**31-07-2015**

Sous-section 10: Prothèse 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 applicables à l'ensemble des prothèses capillaires partielles
Les prothèses capillaires partielles satisfont les conditions suivantes :
- les fibres synthétiques, lorsqu'elles sont utilisées, sont non toxiques et non inflammables ;
- la densité des fibres implantées est au minimum de 30 fibres par cm2 ;
- la base est composée de matière hypoallergénique, non inflammable et non toxique ;
- la base présente des systèmes de fixation, qui sont explicités dans la notice.
c) Spécifications techniques particulières requises pour certains patients
Les prothèses capillaires (totales ou partielles) 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.
Si le patient ne souhaite pas de prothèse capillaire, trois accessoires peuvent être pris en charge parmi la liste suivante, dont au moins un accessoire de type textile :
- " accessoires textiles " : turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique, non toxique, non inflammable, permettant de recouvrir la tête nue ;
- " couronnes capillaires " : couronne de cheveux ou tour de tête capillaire ;
- " textiles intégrant des fibres capillaires " : bonnet ou autre tissu hypoallergénique, non toxique, non inflammable, avec cheveux intégrés ;
- " autres accessoires capillaires " : franges à positionner sur le front, mèche à positionner au niveau de la nuque.
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 ou un infirmier en pratique avancé dans le cadre d'un parcours de soins coordonnée en oncologie ; ou
- un dermatologue.

Sur le site internet de l'INCa1, une information aux patients est dédiée aux prothèses capillaires. Une liste de conseils est disponible pour aider le patient à évaluer la prothèse proposée et savoir si le produit correspond à ses attentes. Le prescripteur informe le patient de l'existence de ces informations.
1 https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Perruque
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 de prothèses capillaires mettent à disposition du patient au moins 10 modèles de prothèses (sélection de teintes, de longueurs et de coupes) correspondant aux besoins du patient, et notamment aux spécifications techniques particulières (alinéa 2.1.c). Pour les enfants, les modèles proposés comportent entre autres des modèles avec des cheveux longs.
Les distributeurs proposant des prothèses capillaires aux enfants assurent l'ajustement spécifique du bonnet par rapport au tour de tête de l'enfant.
Chaque distributeur proposant des prothèses capillaires met à disposition l'ensemble des accessoires cités à l'alinéa 2.2 adaptés aux adultes et aux enfants (âge et tour de tête).
Les distributeurs informent préalablement le patient par un système d'information clair et visible que l'essayage n'engage pas l'achat.
Trois accessoires choisis parmi la liste de l'alinéa 2.2 peuvent être pris en charge, dont au moins un accessoire de type turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique, si le patient ne souhaite pas de prothèse capillaire. Cette prise en charge exclut alors la possibilité d'un remboursement d'une prothèse capillaire (pas de cumul possible de la prise en charge avec les codes 1215636, 1277057 et 1296971).
La vente à distance sans essayage est réservée aux seules situations de renouvellement de délivrance.
5. Indications prises en charge
Une prothèse capillaire, et ses accessoires éventuellement associés, 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, et des accessoires éventuellement associés, peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente. Cette période minimale de renouvellement est également applicable lorsque le patient a préféré bénéficier d'une prise en charge de trois accessoires ou d'un bonnet capillaire.
7. Conditionnement
Un document décrivant les spécifications techniques de la prothèse capillaire et précisant le nom de marque 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 :

Prothèses capillaires totales avec zone de montage exclusivement manuel

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**350,00**	**350,00**	**01-04-2029**
1277057	PROTHESE CAPILLAIRE TOTALE, classe II	**250,00**	**700,00**	**01-04-2029**

	Prothèse capillaire totale avec une zone de montage exclusivement manuel, classe II. 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.			

Prothèses capillaires partielles

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1296971	PROTHESE CAPILLAIRE PARTIELLE Prothèse capillaire partielle avec une zone de montage exclusivement manuel. La prothèse capillaire partielle satisfait à l'ensemble des spécifications techniques mentionnées à l'alinéa 2.1 relatives aux prothèses capillaires partielles. Ce code inclut la prise en charge d'un accessoire textile de la liste de l'alinéa 2.2.	**125,00**	**125,00**	**01-04-2029**

Accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1241651	ACCESSOIRES CAPILLAIRES, 3 accessoires Trois accessoires parmi ceux mentionnés à l'alinéa 2.2 dont au moins un accessoire de type turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique. Ce code exclut la prise en charge d'une prothèse capillaire. La prise en charge de ce code ne peut être cumulée avec celle des codes précédents (1215636, 1277057 et 1296971).	**20,00**	**40,00**	**01-04-2024**

Bonnets Capillaires

Société SIF & LOKI

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	1. Description SIF & LOKI SIF & LOKI se présente sous la forme d'un bonnet qui intègre des fibres capillaires sur tout le contour du bonnet, en particulier le devant (franges, mèches ou raie possibles) et l'arrière. Les tissus utilisés pour le bonnet et la couleur des fibres capillaires sont variables. Tous les modèles sont montés avec une doublure directement en contact avec le crâne. **2. Indications prises en charge** 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. **3. Modalités de prescription** La prescription de bonnets capillaires de la société SIF & LOKI est effectuée par: – un médecin ou un infirmier en pratique avancé dans le cadre d'un parcours de soins coordonnée en oncologie; – un dermatologue. **4. Modalités de délivrance** La distribution des bonnets 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 du bonnet capillaire. Les distributeurs sont équipés de locaux disposant d'un espace de confidentialité pour l'essayage des bonnets capillaires. Lors de la première délivrance, la prise en charge d'un bonnet capillaire n'intervient qu'après un essayage sur site en présence d'un professionnel formé conformément aux dispositions ci-dessus. Les distributeurs de bonnets capillaires mettent à disposition du patient au moins 10 modèles de bonnets (sélection de teintes, de longueurs et de coupes) correspondant aux besoins du patient. Pour les enfants, les modèles proposés comportent entre autres des modèles avec des cheveux longs. Les distributeurs proposant des bonnets 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. Trois accessoires choisis parmi la liste de l'alinéa 4 peuvent être pris en charge, dont au moins un accessoire de type turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique, si le patient ne souhaite pas de bonnet capillaire. La prise en charge d'un bonnet capillaire exclut la possibilité d'un remboursement d'une prothèse capillaire et des accessoires (pas de cumul possible de la prise en charge avec les codes 1215636, 1277057, 1296971 et 1241651). **5. Conditions de renouvellement de la prise en charge** La prise en charge est valable annuellement pour un kit de deux bonnets capillaires SIF & LOKI. Cette prise en charge d'un kit de deux bonnets capillaires ne peut être renouvelée avant une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge du premier kit. Cette période minimale de renouvellement est également applicable lorsque le patient a préféré bénéficier d'une prise en charge de trois accessoires ou d'une prothèse capillaire.			
1208004	Bonnet capillaire, SIF & LOKI, SIF & LOKI, kit duo (2 pièces) Le kit standard SIF & LOKI comprend 2 modèles à choisir dans les collections femmes, hommes, garçons et filles.	**250,00**	**250,00**	**30-09-2025**

Chapitre 3. – Articles pour pansements, matériels de contention

Spécifications techniques

Section 1

Bandes élastiques de contention

1. Caractéristiques générales

Désignation	Contention	Poids g/m² mini	Largeur cm

Bandes de contention élastiques en un sens Allongement > 120 % dans le sens longitudinal			
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 Allongement > 70 % dans le sens transversal Allongement > 120 % dans le sens longitudinal			
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 Allongement > 100 % dans le sens longitudinal			
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 %.

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.

3. Contrôle du comportement à l'usage

Après avoir subi :
a) 1 lavage selon la norme NF 007 136 6A ;
b) 24 heures de vieillissement artificiel à la température de 70 °C sous 20 d'allongement ;
c) 12 heures de tenue en extension sous 30 % d'allongement ;
d) 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.

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.

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.

Coussins pour pansements élasto-compressifs

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.

Nomenclature et tarifs

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.

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.

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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1322792	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 5	3,25	4,87	4,87	31-12-2016
1387113	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 10	4,63	6,95	6,95	31-12-2016
1321321	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 50 cm² et < 63 cm², boîte de 10	8,68	13,02	13,02	31-12-2016
1396632	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 63 cm² et < 100 cm², boîte de 10	10,78	16,17	16,17	31-12-2016
1335004	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 100 cm² et < 120 cm², boîte de 10	16,75	25,13	25,13	31-12-2016
1323805	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 120 cm² et < 156 cm², boîte de 10	19,99	29,98	29,98	31-12-2016
1386042	Pansements hydrocolloïdes, 147 cm², forme talon coude, boîte de 10 10 pansements hydrocolloïdes, stériles, adhésifs, en polyuréthane et hydrocolloïdes à base de carboxy-méthylcellulose, avec découpe spécifique adaptée au coude et au talon.			–	31-12-2016
1314261	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 156 cm² et < 200 cm², boîte de 10	26,53	38,13	38,13	31-12-2016
1311446	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 200 cm² et < 225 cm², boîte de 10	33,85	48,64	48,64	31-12-2016
1339090	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 225 cm² et < 300 cm², boîte de 10	39,36	54,61	54,61	31-12-2016
1385321	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 225 cm² et < 300 cm², talon, B10 10 pansements hydrocolloïdes, stériles, adhésifs, en polyuréthane et hydrocolloïde à base de carboxyméthylcellulose, découpe spécifique à l'emboîtement du talon.		68,60	68,60	31-12-2016
1399895	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 300 cm² et < 400 cm², boîte de 10	53,54	71,38	71,38	31-12-2016
1303688	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 400 cm² et < 460 cm², boîte de 10	71,17	94,89	94,89	31-12-2016
1331383	Pansements hydrocolloïdes, > ou = 460 cm², boîte de 10	81,74	108,99	108,99	31-12-2016

1.1 Pansements hydrocolloïdes anatomiques

Laboratoires COLOPLAST France (COLOPLAST)

Code	Désignation	Prix de cession	Tarif (en euros	PLV (en euros	Date de fin de prise en charge

		(en euros HT)	TTC)	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. 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, cœur 9 cm × 11 cm)	54,31	72,42	72,42	01-09-2025
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, cœur 9 cm × 11 cm)	36,54	50,69	50,69	01-09-2025

Laboratoires CONVATEC (CONVATEC)

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)	49,55	68,74	68,74	01-09-2025
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)	59,28	79,04	79,04	01-09-2025

Laboratoires Paul HARTMANN SARL (HARTMANN)

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)	39,51	54,82	54,82	01-09-2025
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	27,54	39,58	39,58	01-09-2025

	pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 900946 (15 cm × 13,5 cm)				

Paragraphe 2 : Pansements hydrocellulaires

2.1 Pansements hydrocellulaires à absorption importante (absorp impte)

Indications de 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	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1307692	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2B/10	**4,21**	**6,32**	**6,32**	**01-09-2020**
1326666	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10	**4,61**	**6,91**	**6,91**	**01-09-2020**
1308898	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10	**7,89**	**11,83**	**11,83**	**01-09-2020**
1397732	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10.	**8,62**	**12,93**	**12,93**	**01-09-2020**
1365755	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/16.	**10,63**	**15,94**	**15,94**	**01-09-2020**
1370704	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/16.	**11,62**	**17,43**	**17,43**	**01-09-2020**
1351747	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10.	**9,80**	**14,70**	**14,70**	**01-09-2020**
1348633	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10.	**10,71**	**16,06**	**16,06**	**01-09-2020**
1348679	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/16.	**13,20**	**19,80**	**19,80**	**01-09-2020**
1374381	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/16.	**14,43**	**21,65**	**21,65**	**01-09-2020**
1365117	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10.	**15,23**	**22,85**	**22,85**	**01-09-2020**
1308668	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10.	**16,65**	**24,97**	**24,97**	**01-09-2020**

1312760	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/16	**21,42**	**30,78**	**30,78**	**01-09-2020**
1319643	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/16.	**23,41**	**33,64**	**33,64**	**01-09-2020**
1333399	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10.	**18,17**	**27,25**	**27,25**	**01-09-2020**
1380074	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10.	**19,86**	**29,79**	**29,79**	**01-09-2020**
1326560	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/16.	**25,55**	**36,72**	**36,72**	**01-09-2020**
1303470	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/16.	**27,92**	**40,13**	**40,13**	**01-09-2020**
1393616	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10	**24,12**	**34,66**	**34,66**	**01-09-2020**
1372672	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10.	**26,36**	**37,88**	**37,88**	**01-09-2020**
1337026	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16.	**32,50**	**46,70**	**46,70**	**01-09-2020**
1370236	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16.	**36,79**	**51,03**	**51,03**	**01-09-2020**
1320913	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10.	**30,77**	**44,21**	**44,21**	**01-09-2020**
1333198	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10	**33,62**	**48,32**	**48,32**	**01-09-2020**
1389112	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/16	**42,94**	**59,57**	**59,57**	**01-09-2020**
1392717	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/16.	**46,93**	**65,10**	**65,10**	**01-09-2020**
1335866	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.	**34,54**	**49,64**	**49,64**	**01-09-2020**
1336558	Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10	**39,11**	**54,26**	**54,26**	**01-09-2020**
1359097	Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10	**469,77**	**64,89**	**64,89**	**01-09-2020**
1364342	Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10.	**53,19**	**70,92**	**70,92**	**01-09-2020**
1358152	Pansement hydrocellulaire absorb impte, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10	**64,70**	**86,26**	**86,26**	**01-09-2020**
1328493	Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10.	**70,70**	**94,27**	**94,27**	**01-09-2020**
1376990	Pansement hydrocellulaire absorb impte, adhésif, > ou = 460 cm2, B/10.	**74,31**	**99,08**	**99,08**	**01-09-2020**
1314829	Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 460 cm2, B/10	**81,21**	**108,28**	**108,28**	**01-09-2020**

2.1.1. Pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante

Société B.BRAUN Medical S.A.S. (B.BRAUN)

Code	Désignation	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**21,64**	**31,10**	**31,10**	**01-09-2025**

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 7246010FR ; 7246010 (2,5cm x 40cm)				

Laboratoires COLOPLAST France (COLOPLAST)

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**60,01**	**80,02**	**80,02**	**01-09-2025**
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)	**49,93**	**69,26**	**69,26**	**01-09-2025**
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).	**37,09**	**51,46**	**51,46**	**15-07-2022**
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).	**28,08**	**40,36**	**40,36**	**15-07-2022**
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 : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 334050 (25 cm × 25 cm).	**62,57**	**83,43**	**83,43**	**15-07-2022**

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)..	**26,39**	**37,93**	**37,93**	**15-07-2022**

Laboratoires CONVATEC (CONVATEC)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en€ TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**44,77**	**62,12**	**62,12**	**01-09-2025**
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)	**53,09**	**70,79**	**70,79**	**01-09-2025**
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)	**80,06**	**106,75**	**106,75**	**01-09-2025**
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	**44,78**	**62,12**	**62,12**	**15-10-2025**

	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 hydrofibres (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 (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 hydrofibres (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	**34,48**	**49,55**	**49,55**	**15-10-2025**
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; – Une couche hydrofibres (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	**56,05**	**74,73**	**74,73**	**15-10-2025**

	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				

Laboratoire KCI Médical (KCI)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**55,92**	**74,56**	**74,56**	**01-09-2025**
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. 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)	**62,69**	**83,58**	**83,58**	**01-09-2025**

Laboratoires Paul HARTMANN (HARTMANN)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**41,02**	**56,91**	**56,91**	**01-09-2025**
1324839	Pansement anatomique absorp impte, adh, 336 cm2, HARTMANN, HYDROTAC SACRAL, B/10. Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante,	**62,14**	**82,85**	**82,85**	**01-09-2025**

	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)				
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)	**57,05**	**76,07**	**76,07**	**01-09-2025**
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)	**36,38**	**50,47**	**50,47**	**01-09-2025**
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)	**60,31**	**80,41**	**80,41**	**01-09-2025**
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)	**46,16**	**64,04**	**64,04**	**01-09-2025**

Laboratoires LOHMANN &amp ; RAUSCHER S.A.S. (LOHMANN)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**55,92**	**74,56**	**74,56**	**01-09-2025**
1373393	Panst anatomique absorp impte,242cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE S., B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM en taille 242 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM sont des pansements hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés	**42,82**	**59,75**	**59,75**	**30-09-2025**

	des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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 SUPRASORB P SENSITIVE 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 – SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM 17 × 17.5 cm: 139365 Date de				
1351368	Panst anatomique absorp impte, 433cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE S., B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM en taille 433 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM sont des pansements hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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 SUPRASORB P SENSITIVE 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 – SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM 23 × 23 cm: 139566	**78,04**	**104,05**	**104,05**	**30-09-2025**
1305606	Panst anatomique absorp impte,474cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE HEEL, B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE HEEL (talon) en taille 474 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE HEEL sont des pansements	**84,67**	**112,89**	**112,89**	**30-09-2025**

	hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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 (talon). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les pansements hydrocellulaires siliconés SUPRASORB P SENSITIVE HEEL 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 – SUPRASORB P SENSITIVE HEEL 23,5 × 25 cm: 139366				
1373393	Panst anatomique absorp impte,242cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE S., B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM en taille 242 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM sont des pansements hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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 SUPRASORB P SENSITIVE 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 – SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM 17 × 17.5 cm: 139365	**42,82**	**59,75**	**59,75**	**30-09-2025**
1351368	Panst anatomique absorp impte, 433cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE S., B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM en taille 433 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM sont des pansements hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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	**78,04**	**104,05**	**104,05**	**30-09-2025**

	Les pansements hydrocellulaires siliconés SUPRASORB P SENSITIVE 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** – SUPRASORB P SENSITIVE SACRUM 23 × 23 cm: 139566				
1305606	Panst anatomique absorp impte,474cm2, LOHMANN, SUPRASORB P SENSITIVE HEEL, B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P SENSITIVE HEEL (talon) en taille 474 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION Les pansements SUPRASORB P SENSITIVE HEEL sont des pansements hydrocellulaires adhésifs, de forme anatomique et de géométrie non standard, composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur): – Une couche de contact avec la plaie en silicone, – Une mousse de polyuréthane absorbante, – Une couche en non tissé (cellulose), – Un noyau super-absorbant (cellulose et fibres superabsorbantes), – Un film externe protecteur semi-perméable (film polyuréthane, adhésif en acrylate). 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 (talon). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les pansements hydrocellulaires siliconés SUPRASORB P SENSITIVE HEEL 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 – SUPRASORB P SENSITIVE HEEL 23,5 × 25 cm: 139366	**84,67**	**112,89**	**112,89**	**30-09-2025**

Société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SA France (MÖLNLYCKE)

Code	Nomenclature	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**41,7**	**57,87**	**57,87**	**01-09-2025**
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.	**52,54**	**70,05**	**70,05**	**01-09-2025**

	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)				
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)	**54,58**	**72,77**	**72,77**	**01-09-2025**
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)	**59,21**	**78,95**	**78,95**	**01-09-2025**
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)	**79,15**	**105,53**	**105,53**	**01-09-2025**
1339002	Pansement anatomique absorp impte, adh, 398 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX BP Talon, B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER PROTECT (BP) Talon en taille 398 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITES DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 282720 (22 cm × 23 cm)	**73,48**	**97,97**	**97,97**	**01-09-2025**
1303381	Pansement anatomique absorp impte, adh, 380 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX BP Sacrum, B/10 Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER PROTECT (BP) Sacrum en taille 380 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITES DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 282440 (22 cm × 25 cm)	**70,19**	**93,58**	**93,58**	**01-09-2025**
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)	**39,85**	**55,29**	**55,29**	**01-09-2025**

Société SMITH & NEPHEW S.A.S (SMITH)

Code	Désignation	Prix de	Tarif	PLV	Date de fin de

		cession (en euros HT)	(en euros TTC)	(en euros TTC)	prise en charge
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)	**39,95**	**55,43**	**55,43**	**01-09-2025**
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)	**46,26**	**64,55**	**64,55**	**01-09-2025**
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)	**100,37**	**133,82**	**133,82**	**01-09-2025**
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)	**42,45**	**58,89**	**58,89**	**01-09-2025**
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)	**71,10**	**94,80**	**94,80**	**01-09-2025**
1315421	Pansement anatomique absorp impte, adh, 460cm2, SMITH, ALLEVYN GB Heel, B/10. Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN GENTLE BORDER (GB) Heel en taille 460 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITES DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 66800507 (23 cm x 23,2 cm)	**84,82**	**113,09**	**113,09**	**01-09-2025**

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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)	**41,13**	**57,05**	**57,05**	**01-09-2025**
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)	**60,12**	**80,17**	**80,17**	**01-09-2025**

2.1.2. Autres pansements hydrocellulaires à absorption importante

Laboratoires URGO

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**21,29**	**30,60**	**30,60**	**01-07-2024**
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).	**95,96**	**127,94**	**127,94**	**01-07-2024**

	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				
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.	**139,76**	**186,35**	**186,35**	**01-07-2024**
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.	**183,56**	**244,75**	**244,75**	**01-07-2024**
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 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	**21,03**	**30,23**	**30,23**	**01-07-2024**

	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.	**33,38**	**47,98**	**47,98**	**01-07-2024**
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.	**58,61**	**78,14**	**78,14**	**01-07-2024**
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 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.	**93,47**	**124,63**	**124,63**	**01-07-2024**
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.	**103,44**	**137,92**	**137,92**	**01-07-2024**

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.				
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	**165,20**	**220,27**	**220,27**	**01-07-2024**
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 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.	**137,66**	**183,55**	**183,55**	**01-07-2024**
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.	**219,96**	**293,28**	**293,28**	**01-07-2024**
1336297	Pansements hydrocellulaires, 64 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16 INDICATIONS PRISES EN CHARGE	**33,38**	**47,98**	**47,98**	**01-07-2024**

	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.				
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 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.	**93,47**	**124,63**	**124,63**	**01-07-2024**
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.	**165,20**	**220,27**	**220,27**	**01-07-2024**
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.	**219,96**	**293,28**	**293,28**	**01-07-2024**

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 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.	**21,29**	**30,60**	**30,60**	**01-07-2024**
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.	**95,96**	**127,94**	**127,94**	**01-07-2024**
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.	**183,56**	**244,75**	**244,75**	**01-07-2024**
1379310	Pansements hydrocellulaires, 36 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/16 INDICATIONS PRISES EN CHARGE	**21,29**	**30,60**	**30,60**	**01-07-2024**

	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.				
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.	**95,96**	**127,94**	**127,94**	**01-07-2024**
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.	**183,56**	**244,75**	**244,75**	**01-07-2024**

2.2 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
En application de l'article R. 165-39 du code de la sécurité sociale et 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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1306497	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/5.	**2,80**	**4,20**	**4,20**	**01-09-2020**
1368185	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/5.	**3,06**	**4,60**	**4,60**	**01-09-2020**
1351262	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10.	**4,00**	**6,00**	**6,00**	**01-09-2020**
1396690	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10.	**4,38**	**6,56**	**6,56**	**01-09-2020**
1336015	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/5.	**5,25**	**7,87**	**7,87**	**01-09-2020**
1303748	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/5.	**5,74**	**8,61**	**8,61**	**01-09-2020**
1318030	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10.	**7,50**	**11,67**	**11,67**	**01-09-2020**
1315852	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10.	**8,19**	**11,25**	**11,25**	**01-09-2020**
1381576	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/5.	**6,51**	**9,77**	**9,77**	**01-09-2020**
1306400	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/5.	**7,12**	**10,69**	**10,69**	**01-09-2020**
1321982	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10.	**9,31**	**13,96**	**13,96**	**01-09-2020**
1398708	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10.	**10,18**	**15,27**	**15,27**	**01-09-2020**
1327536	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/5.	**10,13**	**15,19**	**15,19**	**01-09-2020**
1346829	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/5.	**11,07**	**16,60**	**16,60**	**01-09-2020**
1356319	Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10	**14,47**	**21,70**	**21,70**	**01-09-2020**

1330509	Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10.	15,81	23,72	23,72	01-09-2020
1375618	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/5	12,08	18,12	18,12	01-09-2020
1379378	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/5.	13,20	19,80	19,80	01-09-2020
1322326	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10	17,26	25,88	25,88	01-09-2020
1358347	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10.	18,86	28,29	28,29	01-09-2020
1378485	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/5.	15,37	23,05	23,05	01-09-2020
1375587	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/5.	16,79	25,19	25,19	01-09-2020
1338942	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10.	22,91	32,93	32,93	01-09-2020
1388319	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10.	25,04	25,98	35,98	01-09-2020
1314278	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/5	19,60	29,40	29,40	01-09-2020
1301525	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/5	22,36	32,13	32,13	01-09-2020
1307700	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10	29,22	42,00	42,00	01-09-2020
1380097	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10	31,94	45,90	45,90	01-09-2020
1383397	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/5	22,97	33,02	33,02	01-09-2020
1382759	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/5.	25,11	36,08	36,08	01-09-2020
1388153	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.	32,82	47,16	47,16	01-09-2020
1374932	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.	37,16	51,55	51,55	01-09-2020
1319904	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/5.	30,03	43,15	43,15	01-09-2020
1300744	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/5.	32,82	47,16	47,16	01-09-2020
1392574	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10.	44,44	61,65	61,65	01-09-2020
1367501	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10	48,56	67,37	67,37	01-09-2020
1379444	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/5.	41,35	57,36	57,36	01-09-2020
1307769	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/5.	45,19	62,69	62,69	01-09-2020
1370897	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10.	61,46	81,94	81,94	01-09-2020
1357336	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10.	67,17	89,56	89,56	01-09-2020

1376747	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 460 cm2, B/5.	**47,49**	**65,89**	**65,89**	**01-09-2020**
1324868	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 460 cm2, B/5.	**54,01**	**72,01**	**72,01**	**01-09-2020**
1355136	Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 460 cm2, B/10.	**70,59**	**94,12**	**94,12**	**01-09-2020**
1328748	Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 460 cm2, B/10	**77,15**	**102,87**	**102,87**	**01-09-2020**

2.2.1. Pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption moyenne

Société B.BRAUN Medical S.A.S. (B.BRAUN)

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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	**52,15**	**69,53**	**69,53**	**01-09-2025**
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)	**38,97**	**54,07**	**54,07**	**01-09-2025**
1317609	Pansement anatomique absorp moy, adh, 433 cm2, B.BRAUN, ASKINA Dressil Heel, B/10. 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)	**75,89**	**101,18**	**101,18**	**01-09-2025**

Société SMITH & NEPHEW S.A.S (SMITH)

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	**8,08**	**12,11**	**12,11**	**01-09-2025**

	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)				

2.3 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.
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. N°. 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.

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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1363325	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10.	**7,33**	**11,00**	**11,00**	**01-09-2020**
1365904	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10.	**6,71**	**10,06**	**10,06**	**01-09-2020**
1330082	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10.	**9,10**	**13,66**	**13,66**	**01-09-2020**
1399263	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10	**8,33**	**12,50**	**12,50**	**01-09-2020**
1356207	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10.	**14,15**	**21,22**	**21,22**	**01-09-2020**
1310033	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10.	**12,95**	**19,42**	**19,42**	**01-09-2020**

1302298	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10.	16,88	25,32	25,32	01-09-2020
1345942	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10	15,44	23,17	23,17	01-09-2020
1370800	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10.	22,40	32,20	32,20	01-09-2020
1349319	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10.	19,64	29,49	29,46	01-09-2020
1323113	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16.	35,92	50,12	50,12	01-01-2017
1332968	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16.	35,92	50,12	50,12	01-01-2017
1340330	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10.	28,58	41,07	41,07	01-09-2020
1354600	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10	26,15	37,59	37,58	01-09-2020
1381056	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.	32,09	46,12	46,12	01-09-2020
1364974	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.	29,36	42,20	42,20	01-09-2020
1368363	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10.	43,45	60,28	60,28	01-09-2020
1373565	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10	39,76	55,15	55,15	01-09-2020
1330805	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10	60,10	80,13	80,13	01-09-2020
1314284	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10	54,99	73,32	73,32	01-09-2020
1342872	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 460 cm2 et < 600 cm2, B/10.	69,03	92,04	92,04	01-09-2020
1348484	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 460 cm2 et < 600 cm2, B/10	63,16	84,22	84,22	01-09-2020
1337820	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 600 cm2, B/10.	89,87	119,83	119,83	01-09-2020
1374694	Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 600 cm2, B/10.	82,24	109,65	109,65	01-09-2020

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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1306155	Pansement d'alginate, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 5	**3,13**	**4,69**	**4,69**	**31-12-2016**
1319040	Pansement d'alginate, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 10	**4,47**	**6,70**	**6,70**	**31-12-2016**
1319896	Pansement d'alginate, > ou = 50 cm² et < 63 cm², boîte de 10	**8,36**	**12,55**	**12,55**	**31-12-2016**
1366128	Pansement d'alginate, > ou = 63 cm² et < 100 cm², boîte de 10	**10,39**	**15,58**	**15,58**	**31-12-2016**
1316633	Pansement d'alginate, > ou = 100 cm² et < 120 cm², boîte de 10	**16,15**	**24,22**	**24,22**	**31-12-2016**
1310464	Pansement d'alginate, > ou = 120 cm² et < 156 cm², boîte de 10	**19,26**	**28,89**	**28,89**	**31-12-2016**
1395259	Pansement d'alginate, > ou = 156 cm² et < 200 cm², boîte de 10	**25,57**	**36,75**	**36,75**	**31-12-2016**
1342174	Pansement d'alginate, > ou = 200 cm² et < 225 cm², boîte de 10	**32,62**	**46,87**	**46,87**	**31-12-2016**
1372420	Pansement d'alginate, > ou = 225 cm² et < 300 cm², boîte de 10	**37,94**	**52,63**	**52,63**	**31-12-2016**
1384988	Pansement d'alginate, > ou = 300 cm² et < 400 cm², boîte de 10	**49,59**	**68,79**	**68,79**	**31-12-2016**
1306304	Pansement d'alginate, > ou = 400 cm² et < 460 cm², boîte de 10	**68,58**	**91,45**	**91,45**	**31-12-2016**
1345830	Pansement d'alginate, > ou = 460 cm², boîte de 10	**78,78**	**105,03**	**105,03**	**31-12-2016**

Laboratoires BROTHIER

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1330840	Pansement d'alginate de calcium pur, BROTHIER, ALGOSTERIL, < 100 cm². Pansement des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL. 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.	**0,97**	**1,46**	**1,46**	**01-09-2015**
1365465	Pansements d'alginate de Ca pur, 25 cm2, BROTHIER, ALGOSTERIL, boîte de 10. Pansement d'alginate de calcium pur des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL, boîte de 10 compresses.	**5,94**	**8,91**	**8,91**	**01-09-2020**

	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.				
1394521	Pansements d'alginate de Ca pur, 100 cm2, BROTHIER, ALGOSTERIL, boîte de 16. 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.	**34,20**	**49,15**	**49,15**	**01-09-2020**
1316120	Pansement d'alginate de calcium pur, BROTHIER, ALGOSTERIL, > ou = 200 cm². Pansement des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL. 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.	**4,81**	**7,22**	**7,22**	**01-09-2015**
1371253	Pansements d'alginate de Ca pur, 200 cm2, BROTHIER, ALGOSTERIL, boîte de 16. 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	**72,27**	**96,36**	**96,36**	**01-09-2020**
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.		**2,40**	**4,80**	**01-09-2015**

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	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1354154	Pansements hydrogel, > ou = 1g ou ml et < 5g ou ml, boîte de 5	**10,25**	**15,38**	**15,38**	
01-09-	Pansements hydrogel, > ou = 1 g ou ml et < 5 g ou ml, boîte de 10	**14,65**	**21,97**	**21,97**	**01-09-2020**
1334690	Pansements hydrogel, > ou = 5 g ou ml et < 10 g ou ml, boîte de 5.	**11,96**	**17,94**	**17,94**	**01-09-2020**
1311624	Pansements hydrogel, > ou = 5 g ou ml et < 10 g ou ml, boîte de 10.	**17,09**	**25,63**	**25,63**	**01-09-2020**
1396939	Pansements hydrogel, > ou = 10 g ou ml et < 15 g ou ml, boîte de 5.	**13,67**	**20,51**	**20,51**	**01-09-2020**
1305718	Pansements hydrogel, > ou = 10 g ou ml et < 15 g ou ml, boîte de 10	**19,53**	**29,30**	**29,30**	**01-09-2020**

1351109	Pansements hydrogel, > ou = 15 g ou 15 ml et < 30 g ou ml, boîte de 5.	**17,09**	**25,63**	**25,63**	**01-09-2020**
1340399	Pansements hydrogel, > ou = 15 g ou 15 ml et < 30 g ou ml, boîte de 10.	**25,48**	**36,62**	**36,62**	**01-09-2020**
1339404	Pansement hydrogel, > ou = 30 g et < 60 g, boîte de 5.	**21,40**	**30,76**	**30,76**	**01-09-2020**
1396891	Pansements hydrogel, > ou = 30 g et < 60 g, boîte de 10.	**30,58**	**43,94**	**43,94**	**01-09-2020**
1328895	Pansement hydrogel, > ou = 60 g, boîte de 5.	**24,97**	**35,89**	**35,89**	**01-09-2020**
1328501	Pansements hydrogel, > ou = 60 g, boîte de 10.	**36,96**	**51,27**	**51,27**	**01-09-2020**

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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3,13**	**4,69**	**4,69**	**31-12-2016**
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.	**4,47**	**6,70**	**6,70**	**31-12-2016**
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	**8,36**	**12,55**	**12,55**	**31-12-2016**

	distinction de phase.				
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.	**11,27**	**16,91**	**16,91**	**31-12-2016**
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. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	**10,39**	**15,58**	**15,58**	**31-12-2016**
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.	**14,00**	**21,00**	**21,00**	**31-12-2016**
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.	**16,15**	**24,22**	**24,22**	**31-12-2016**
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.	**22,70**	**32,63**	**32,63**	**31-12-2016**
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	**19,26**	**28,89**	**28,89**	**31-12-2016**

	distinction de phase.				
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.	**27,08**	**38,92**	**38,92**	**31-12-2016**
1379088	Pansement en fibres de CMC, ≥ 156 cm² et < 200 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.	**25,57**	**36,75**	**36,75**	**31-12-2016**
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.	**34,45**	**49,50**	**49,50**	**31-12-2016**
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.	**32,62**	**46,87**	**46,87**	**31-12-2016**
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	**45,52**	**63,16**	**63,16**	**31-12-2016**

	distinction de phase.				
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.	**37,94**	**52,63**	**52,63**	**31-12-2016**
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. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	**49,59**	**68,79**	**68,79**	**31-12-2016**
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.	**68,58**	**91,45**	**91,45**	**31-12-2016**
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.	**78,78**	**105,03**	**105,03**	**31-12-2016**

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	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	FIN DE VALIDITE
1358063	Pansement en fibres, polyacrylate, URGO, URGOCLEAN, 60 cm², B/16. Références prises en charge :	**15,85**	**23,78**	**23,78**	**01-10-2023**

	La prise en charge est assurée pour la référence 506439 : taille 6 × 10 = 60 cm².				
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.	**42,33**	**58,73**	**58,73**	**01-10-2023**
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.	**58,89**	**78,52**	**78,52**	**01-10-2023**
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.	**56,18**	**74,91**	**74,91**	**01-10-2023**

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.
Des dispositions particulières sont prévues pour ces produits à l'article 2 du présent arrêté.

CODE	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1346628	Pansements à base de charbon actif, > ou = 100 cm² et < 200 cm², boîte de 12.	**21,60**	**31,87**	**31,87**	**01-04-2013**
1327772	Pansements à base de charbon actif, > ou = 200 cm² et < 300 cm², boîte de 12.	**45,05**	**62,72**	**62,72**	**01-04-2013**
1309202	Pansements à base de charbon actif, > ou = 300 cm², boîte de 5.	**26,81**	**39,34**	**39,34**	**01-04-2013**

A-Laboratoire KCI MEDICAL SAS (KCI MEDICAL)

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	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1339321	Pansement charbon actif, 110,25 cm², KCI MEDICAL, ACTISORB, B/12. Références : ACT105 F, taille 10,5 x 10,5 cm.	15,59	23,38	23,38	01-02-2023
1311469	Pansement charbon actif, 199,50 cm², KCI MEDICAL, ACTISORB, B/12 Références : ACT190 F, taille 19 x 10,5 cm.	29,44	42,31	42,31	01-02-2023

B-BRAUN MEDICAL SAS (BRAUN)

DESCRIPTION
ASKINA CARBOSORB est un pansement stérile composé de trois couches :
- une couche épaisse et blanche au contact de la plaie. Cette couche thermoformée est composée de viscose/rayonne, polyamide et polyester non tissés. Elle est perméable aux exsudats ;- la couche interne est en fibres de charbon actif (fabriqué à partir de viscose/rayonne). Elle permet l'adsorption des odeurs ;
- une couche externe mince en non tissé, composée de viscose/rayonne et polyamide.
INDICATION
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein).
ASKINA CARBOSORB permet le recouvrement de plaies chroniques malodorantes (pansement primaire ou secondaire si associé à un pansement absorbant), avec maintien d'un environnement humide au niveau de la plaie et adsorption des odeurs.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
- élimination préalable par débridement chirurgical, enzymatique ou autolytique des tissus secs et nécrosés ;
- préparation (nettoyage) de la plaie conformément à un protocole de soins des plaies ;
- sur des plaies peu exsudatives, imprégnation possible par du NaCL 0,9 % ou une solution de Ringer avant application au contact de la plaie ;
- en fonction de l'importance de l'exsudat, utilisation possible d'un pansement primaire absorbant ;
- renouvellement du pansement toutes les 24 heures ou plus fréquemment si saturation de la capacité d'adsorption ;
- fixation ou recouvrement avec système non occlusif.

Code	DÉSIGNATION	**Prix de cession (en euros HT)**	**Tarif (en euros TTC)**	**PLV (en euros TTC)**	**Date de fin de prise en charge**
1345557	Pansement charbon actif, 100 cm2, BRAUN, ASKINA CARBOSORB B/12 RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : - 9025070FR : taille 10cm x 10 cm.	14,14	21,21	21,21	01-02-2023
1333436	Pansement charbon actif, 200 cm2, BRAUN, ASKINA CARBOSORB B/12 RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : - 9025078FR : taille 10cm x 20 cm	29,52	42,42	42,42	01-02-2023

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'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
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.
Des dispositions particulières sont prévues pour ces produits à l'article 2 du présent arrêté.
La prise en charge est assurée pour le traitement des ulcères.

CODE	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**18,00**	**26,66**	**26,66**	**01-04-2013**
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.	**1,59**	**2,93**	**2,93**	**01-04-2013**
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.	**6,84**	**10,52**	**10,52**	**01-04-2013**

Laboratoires GENEVRIER

La prise en charge est assurée pour les pansements IALUSET et IALUSET PLUS suivants :

CODE	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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). La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.	**16,00**	**24,00**	**24,00**	**01-09-2025**
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.	**1,78**	**2,67**	**2,67**	**01-09-2020**
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.	**6,15**	**9,22**	**9,22**	**01-09-2025**
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.	**6,15**	**9,22**	**9,22**	**01-09-2025**
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	**4,65**	**6,97**	**6,97**	**31-12-2017**

	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				
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	**15,60**	**23,40**	**23,40**	**31-12-2017**

Société FIDIA FARMACEUTICI SPA (FIDIA)

CODE	DÉSIGNATION	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. 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.	**16,00**	**24,00**	**24,00**	**01-02-2023**
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.	**1,78**	**2,67**	**2,67**	**01-02-2023**
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.	**6,30**	**9,46**	**9,46**	**01-02-2023**

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 :

Société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SA (France) (MÖLNLYCKE)

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1318767	Pansements interface, 37,5 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10. Pansements composés d'une trame de polyamide enduite sur ses deux faces 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 ; - Tout en tenant le grand film protecteur, retirer le petit ; humidifier les gants pour éviter leur adhérence ; - Appliquer le pansement sur la plaie et retirer le protecteur restant, lisser le pansement une fois placé sur la peau périlésionnelle ; 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..	7,11	10,66	10,66	01-09-2020
1398281	Pansements interface, 75 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10. Pansements composés d'une trame de polyamide enduite sur ses deux faces 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 ; - Tout en tenant le grand film protecteur, retirer le petit ; humidifier les gants pour éviter leur adhérence ; - Appliquer le pansement sur la plaie et retirer le protecteur restant, lisser le pansement une	13,60	20,40	20,40	01-09-2020

	fois placé sur la peau périlésionnelle ; 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.				
1310910	Pansements interface, 180 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10. Pansements composés d'une trame de polyamide enduite sur ses deux faces 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 ; - Tout en tenant le grand film protecteur, retirer le petit ; humidifier les gants pour éviter leur adhérence ; - Appliquer le pansement sur la plaie et retirer le protecteur restant, lisser le pansement une fois placé sur la peau périlésionnelle ; 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.	**32,78**	**47,11**	**47,11**	**01-09-2020**
1387633	Pansements interface, 620 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 5. Pansements composés d'une trame de polyamide enduite sur ses deux faces 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 ; - Tout en tenant le grand film protecteur, retirer le petit ; humidifier les gants pour éviter leur adhérence ; - Appliquer le pansement sur la plaie et retirer le protecteur restant, lisser le pansement une fois placé sur la peau périlésionnelle ; 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.	**59,54**	**79,39**	**79,39**	**01-09-2020**
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	**7,11**	**10,66**	**10,66**	**15-02-2022**

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.	**13,60**	**20,40**	**20,40**	**15-02-2022**
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 ; - 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.	**32,78**	**47,11**	**47,11**	**15-02-2022**
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 ;	**63,35**	**84,46**	**84,46**	**15-02-2022**

	- 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.				

Laboratoires Urgo

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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	**9,45**	**14,17**	**14,17**	**15-09-2017**
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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 12 cm 13 cm	**43,12**	**60,17**	**60,17**	**15-09-2017**
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	**86,20**	**114,93**	**114,93**	**15-09-2017**
1348410	Pansements interface, 35 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/16 DESCRIPTION Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non	**17,87**	**26,81**	**26,81**	**01-07-2024**

	occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF ». 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 : 5 x 7 cm.				
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 ». 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.	**86,36**	**115,15**	**115,15**	**01-07-2024**
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 ». 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).	**165,20**	**220,27**	**220,27**	**01-07-2024**

	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				
1372301	Pansements interface, URGO, URGOTUL, 120cm2, boîte de 16. 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..	**31,58**	**45,38**	**45,38**	**01-09-2020**
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.	**58,39**	**77,85**	**77,85**	**01-09-2020**
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.	**77,62**	**103,50**	**103,50**	**01-09-2020**
1388696	Pansements interface, URGO, URGOTUL DUO, 120cm2, 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.	**21,66**	**31,13**	**31,13**	**01-09-2020**
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..	**56,04**	**74,72**	**74,72**	**01-09-2020**

Pansements interface à base de CMC

Laboratoires Coloplast France (COLOPLAST)

Code	Désignation	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 %).	**16,55**	**24,82**	**24,82**	**31-12-2022**
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 %).	**50,86**	**70,96**	**70,96**	**31-12-2022**

Laboratoires Paul Hartmann SARL (HARTMANN)

Code	Désignation	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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	4,60	6,90	6,90	31-12-2017
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	19,73	29,60	29,60	31-12-2017
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	50,86	70,96	70,96	31-12-2017

Laboratoire KCI Medical (KCI)

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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).	7,21	10,82	10,82	31-07-2021

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 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).	**15,13**	**22,70**	**22,70**	**31-07-2021**
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).	**34,65**	**49,79**	**49,79**	**31-07-2021**
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	**85,34**	**113,79**	**113,79**	**31-07-2021**

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Réf. 3401060217419 : boîte de 5 pansements (20 cm × 32 cm).				

Paragraphe 9 : Pansements vaselinés

Le pansement vaseliné est indiqué dans la phase de bourgeonnement :

Code	Désignation	Prix de cession (en euros HT)	Tarif (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
1366074	Pansements vaselinés, > ou = 25 cm² et < 57 cm², boîte de 5.	1,61	2,42	2,42	31-12-2016
1348998	Pansements vaselinés, > ou = 57 cm² et < 100 cm², boîte de 5.	3,05	4,57	4,57	31-12-2016
1369322	Pansements vaselinés, > ou = 57 cm² et < 100 cm², boîte de 10.	5,72	8,58	8,58	31-12-2016
1369078	Pansements vaselinés, > ou = 100 cm² et < 275 cm², boîte de 5.	4,99	7,48	7,48	31-12-2016
1314367	Pansements vaselinés, > ou = 100 cm² et < 275 cm², boîte de 10.	9,59	14,38	14,38	31-12-2016
1317851	Pansements vaselinés, > ou = 275 cm² et < 400 cm², boîte de 12.	30,10	43,26	43,26	31-12-2016
1356408	Pansements vaselinés, > ou = 400 cm², boîte de 10.	38,33	53,17	53,17	31-12-2016

Paragraphe 10 : Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée (intég)

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.

10.1 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

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	Désignation	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

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.	**2,28**	**2,96**	**01-09-2020**
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.	**3,25**	**3,48**	**01-09-2020**
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.	**2,80**	**3,64**	**01-09-2020**
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	**4,00**	**4,64**	**01-09-2020**
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.	**4,36**	**6,11**	**01-09-2020**
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.	**6,23**	**6,92**	**01-09-2020**
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.	**7,76**	**7,76**	**01-09-2020**
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.	**11,08**	**12,41**	**01-09-2020**
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.	**9,92**	**12,40**	**01-09-2020**
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.	**14,17**	**16,01**	**01-09-2020**
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.	**12,76**	**14,04**	**01-09-2020**
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.	**18,23**	**20,24**	**01-09-2020**
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.	**14,52**	**16,70**	**01-09-2020**
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.	**20,74**	**23,02**	**01-09-2020**

10.2 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.

Code	Désignation	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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	**2,87**	**5,74**	**01-09-2020**
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.	**4,10**	**8,20**	**01-09-2020**
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.	**3,36**	**6,72**	**01-09-2020**
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.	**4,80**	**9,60**	**01-09-2020**
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.	**4,48**	**8,96**	**01-09-2020**
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.	**6,40**	**12,80**	**01-09-2020**
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.	**6,23**	**12,46**	**01-09-2020**
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.	**8,90**	**17,80**	**01-09-2020**
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.	**6,86**	**13,72**	**01-09-2020**
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.	**9,80**	**19,60**	**01-09-2020**
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.	**7,56**	**15,12**	**01-09-2020**
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.	**8,54**	**17,08**	**01-09-2020**

Sous-section 2 : Pansements à l'argent

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.
INDICATIONS
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 péri-lésionnel ;
- œdème ;
- plaie malodorante ;
- exsudat abondant.

MODALITÉS D'UTILISATION
L'application de ces pansements doit être renouvelée tous les 1 à 3 jours sur une plaie préalablement nettoyée.
Concernant URGOCLEAN Ag, l'application se fait sur une plaie nettoyée au sérum physiologique et si nécessaire après détersion mécanique et nécessite un pansement secondaire et un moyen de fixation. Il est préconisé de renouveler l'application du pansement tous les 1 à 2 jours en phase de détersion et jusqu'à 7 jours par la suite.
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	Désignation	Prix de cession (en € HT)	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1326821	Pansement argent, 120 cm2, URGO, Urgocell Ag, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 10 cm × 12 cm.	**37,15**	**51,83**	**51,83**	**30-06-2024**
1339752	Pansement argent, 300 cm2, URGO, Urgocell Ag, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 15 cm × 20 cm.	**95,23**	**126,97**	**126,97**	**30-06-2024**
1398996	Pansement argent, 120 cm2, URGO, Urgotul Ag, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 10 cm × 12 cm..	**37,15**	**51,83**	**51,83**	**30-06-2024**
1307143	Pansement argent, 300 cm2, URGO, Urgotul Ag, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 15 cm × 20 cm.	**95,23**	**126,97**	**126,97**	**30-06-2024**
1322094	Pansement argent, 120 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 10 cm × 12 cm.	**37,15**	**51,83**	**51,83**	**30-06-2024**
1328180	Pansement argent, 300 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 15 cm × 20 cm.	**95,23**	**126,97**	**126,97**	**30-06-2024**
1370124	Pansement argent, 169 cm2 ,URGO, Urgocell Ag Border, B/10. La prise en charge est assurée pour la taille 13 cm × 13 cm.	**29,31**	**42,12**	**42,12**	**30-06-2024**
1385500	Pansement argent, 169 cm2, URGO, Urgocell Ag Border, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 13 cm × 13 cm.	**48,05**	**67,04**	**67,04**	**30-06-2024**
1390227	Pansement argent, 64 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10. La prise en charge est assurée pour la taille 8 cm × 8 cm.	**11,98**	**17,97**	**17,97**	**30-06-2024**
1385723	Pansement argent, 64 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 8 cm × 8 cm.	**18,94**	**28,41**	**28,41**	**30-06-2024**
1399694	Pansement argent, 65 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10. La prise en charge est assurée pour la taille 6,5 cm × 10 cm.	**11,98**	**17,97**	**17,97**	**30-06-2024**
1372554	Pansement argent, 65 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16. La prise en charge est assurée pour la taille 6,5 cm × 10 cm.	**18,94**	**28,41**	**28,41**	**30-06-2024**
1334401	Pansement argent, 120 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10. La prise en charge est assurée pour la taille 10 cm × 12 cm.	**22,88**	**32,88**	**32,88**	**30-06-2024**
1382239	Pansement argent, 120 cm2, URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16.	**37,15**	**51,83**	**51,83**	**30-06-2024**

	La prise en charge est assurée pour la taille 10 cm × 12 cm.				
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.	**16,61**	**24,92**	**24,92**	**15-05-2022**
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.	**44,82**	**62,18**	**62,18**	**15-05-2022**
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.	**88,14**	**88,14**	**117,52**	**15-05-2022**

Sous-section 3 : Compresses et coton

Paragraphe 1 : Compresses stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements

Ces compresses doivent être conditionnées dans un emballage unitaire stérile.

A. – 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	DÉSIGNATION	Prix de cession en € HT	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1356390	Pansement absorbant non adhésif, > ou = 100 cm2 et < 200 cm2, B/10.	**3,51**	**5,27**	**5,27**	**01-09-2020**
1303263	Pansement absorbant non adhésif, > ou = 200 cm2 et < 300 cm2, B/10.	**6,21**	**9,31**	**9,31**	**01-09-2020**
1321491	Pansement absorbant non adhésif, > ou = 300 cm2 et < 500 cm2, B/10.	**8,91**	**13,35**	**13,35**	**01-09-2020**
1364129	Pansement absorbant non adhésif, > ou = 500 cm2, B/10.	**14,29**	**21,43**	**21,43**	**01-09-2020**

B. – 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	DÉSIGNATION	Nouveau Tarif (en euros TTC)	Nouveau PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1355685	Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 10 sachets × 2.	**1,81**	**1,81**	**31-12-2016**
1396218	Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 25 sachets × 2.	**3,67**	**3,67**	**31-12-2016**
1330751	Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 50 sachets × 2.	**6,75**	**6,75**	**31-12-2016**
1382541	Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 10 sachets × 2.	**2,33**	**2,33**	**31-12-2016**
1314976	Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 25 sachets × 2.	**4,95**	**4,95**	**31-12-2016**
1353752	Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 50 sachets × 2.	**9,31**	**9,31**	**31-12-2016**

C. – 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	désignation	Nouveau Tarif (en euros TTC)	Nouveau PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1326761	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 10 sachets × 2	**1,96**	**1,96**	**31-12-2016**
1377860	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 25 sachets × 2	**4,02**	**4,02**	**31-12-2016**
1371508	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 50 sachets × 2	**7,45**	**7,45**	**31-12-2016**
1338385	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 10 sachets × 2	**2,50**	**2,50**	**31-12-2016**
1358703	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 25 sachets × 2	**5,38**	**5,38**	**31-12-2016**
1331911	Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 50 sachets × 2	**10,19**	**10,19**	**31-12-2016**

D. – 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,
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	désignation	Tarif (en euros ttc)	Plv (en euros ttc)	Date de fin de prise en charge
1378462	Rondelles oculaires stériles de gaze hydrophile, boîte de 10.	**1,25**	**2,51**	**31-12-2016**

E. – Rondelles oculaires stériles non tissées

Les rondelles oculaires stériles non tissées présentent des bords fermés non traumatiques.
Elles sont composées d'un matériau biocompatible (viscose de polyester notamment), de coton hydrophile, avec une capacité d'absorption 0,07 g/cm² selon la norme EN 1644-1.
Elles doivent avoir une résistance aux déchirements à sec 30 N / dans les deux sens selon la norme ISO 9073-3 et être 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	désignation	Tarif (en euros ttc)	Plv (en euros ttc)	Date de fin de prise en charge
1365880	Rondelles oculaires stériles non tissées, boîte de 10.	**0,93**		**31-12-2016**

Paragraphe 2 : Autres dispositifs, non stériles, pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements

A – Compresses non tissées non stériles

Code	désignation	Tarif (en euros ttc)	Plv (en euros ttc)	Date de fin de prise en charge
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	**4,27**	**4,27**	**01-09-2020**
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.	**5,89**	**5,89**	**01-09-2020**

B – 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	Désignation	**Tarif (en euros ttc)**	**Plv (en euros ttc)**	**Date de fin de prise en charge**
1313391	Coton hydrophile, non stérile, paquet de 100 g.	**1,56**	**3,12**	**31-03-2022**

Sous-section 4 : Moyens de fixation et de maintien

Paragraphe 1 : Systèmes de maintien adhésifs

A. – 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	désignation	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1347533	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 20 cm2 et < 40 cm2, B/5.	**3,58**	**5,19**	**01-09-2020**
1367837	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 20 cm2 et < 40 cm2, B/10.	**5,11**	**7,41**	**01-09-2020**
1394159	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 40 cm2 et < 120 cm2, B/5.	**6,49**	**9,28**	**01-09-2020**
1350802	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 40 cm2 et < 120 cm2, B/10.	**9,27**	**13,26**	**01-09-2020**
1364520	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 120 cm2 et < 150 cm2, B/5.	**7,39**	**10,52**	**01-09-2020**
1384847	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 120 cm2 et < 150 cm2, B/10.	**10,55**	**15,02**	**01-09-2020**
1307864	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm2 et < 300 cm2, B/5.	**8,02**	**11,22**	**01-09-2020**
1326927	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm2 et < 300 cm2, B/10.	**11,45**	**16,03**	**01-09-2020**
1301175	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 300 cm2 et < 600 cm2, B/5.	**11,17**	**15,97**	**01-09-2020**
1344397	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 300 cm2 et < 600 cm2, B/10.	**15,95**	**22,81**	**01-09-2020**
1376730	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 600 cm2, B/5.	**17,47**	**25,32**	**01-09-2020**
1313037	Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 600 cm2, B/10.	**24,95**	**36,18**	**01-09-2020**
1360657	Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 1 000 cm2 et < 1 250 cm2	**3,00**	**6,01**	**01-09-2020**
1385249	Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 1 250 cm2 et < 3 000 cm2	**5,01**	**10,02**	**01-09-2020**
1396773	Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 3 000 cm2 et < 6 000 cm2	**7,13**	**14,26**	**01-09-2020**
1366016	Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 6 000 cm2	**13,57**	**27,13**	**01-09-2020**

B. – 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	désignation	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1312776	Pochette de suture adhésive stérile, 3 bandes, 7,5 cm × 0,6 cm.	**1,43**	**2,86**	**31-03-2022**
1306534	Pochette de suture adhésive stérile, 5 bandes, 7,5 cm × 0,3 cm.	**1,48**	**2,96**	**31-03-2022**
1395816	Pochette de suture adhésive stérile, 10 bandes, 10 cm × 0,6 cm.	**1,57**	**3,15**	**31-03-2022**

C. – 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.

C.1– 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, œil…) ;
- 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	désignation	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1365896	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 1 250 cm2et < 2 000 cm2	**1,19**	**1,75**	**31-03-2022**
1309343	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 2 000 cm2et < 3 000 cm2	**1,80**	**1,92**	**31-03-2022**
1323308	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 3 000 cm2et < 5 000 cm2	**3,54**	**7,07**	**31-03-2022**
1370526	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 5 000 cm2	**5,89**	**11,79**	**31-03-2022**

C.2– 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1326040	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 1 000 cm2 et < 2 500 cm2	**1,79**	**3,57**	**31-03-2022**
1301650	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 2 500 cm2 et < 5 000 cm2	**1,97**	**3,94**	**31-03-2022**
1307226	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 5 000 cm2 et < 10 000 cm2	**3,94**	**5,91**	**31-03-2022**
1321924	Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 10 000 cm2	**7,85**	**10,20**	**31-03-2022**

C.3– 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1330308	Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 1 000 cm2 et < 2 500 cm2	**1,56**	**3,11**	**31-03-2022**
1399205	Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 2 500 cm2 et < 5 000 cm2	**3,11**	**6,23**	**31-03-2022**
1365519	Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 5 000 cm2	**6,19**	**12,38**	**31-03-2022**

C.4– 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1374300	Pansement, fixation, sparadrap, plastique > ou = 1 250 cm2 et < 2 500 cm2	**1,84**	**3,68**	**31-03-2022**
1382558	Pansement, fixation, sparadrap, plastique > ou = 2 500 cm2	**3,66**	**7,32**	**31-03-2022**

C.5– Autres sparadraps

Société 3M France S.A.S. (3M)

CODE	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1398743	Pansement, fixation, sparadrap, silicone, 3M, MICROPORE, 25mm × 5m. 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.	**1,90**	**4,75**	**31-03-2022**

Paragraphe 2 : Systèmes de maintien non adhésifs

A. – 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**4,72**	**9,44**	**31-12-2016**
1392798	Pansement, jersey tubulaire de maintien, pour doigt, rouleau, > ou = 20 m.	**2,77**		**31-12-2016**
1370213	Pansement, jersey tubulaire de maintien, membres et têtes, rouleau, > ou = 20 m. Pansement, jersey tubulaire de maintien, pour membres et têtes, rouleau, > ou = 20 m	**6,13**		**31-12-2016**
1371974	Pansement, jersey tubulaire de maintien, pour tronc, rouleau, > ou = 10 m.	**10,80**	**0,00**	**31-12-2016**

B. – Bandes de fixation

B 1 - 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1330633	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 5 cm.	**0,80**	**0,96**	**31-03-2022**
1389603	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 7 cm.	**0,98**	**1,18**	**31-03-2022**
1371030	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 10 cm.	**1,25**	**1,50**	**31-03-2022**
85	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 15 cm.	**1,92**	**2,22**	**31-03-2022**
1383010	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 5 m x 20 cm.	**2,99**	**3,58**	**31-03-2022**

B 2 - 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1307054	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 5 cm.	**0,80**	**0,96**	**31-03-2022**
1321261	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 7 cm.	**1,05**	**1,26**	**31-03-2022**
1317153	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 10 cm.	**1,34**	**1,61**	**31-03-2022**
1333258	Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 15 cm.	**1,96**	**2,34**	**31-03-2022**

Paragraphe 3 : Bandes de fixation extensibles

3 1 - 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1361728	Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 5 cm	**0,31**	**0,38**	**31-03-2022**
1333028	Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 7 cm.	**0,44**	**0,54**	**31-03-2022**
1304363	Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 10 cm.	**0,61**	**0,73**	**31-03-2022**
1385663	Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 5 cm.	**0,38**	**0,45**	**31-03-2022**
1383530	Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 7 cm.	**0,54**	**066**	**31-03-2022**
1332313	Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 10 cm.	**0,73**	**0,89**	**31-03-2022**
1361154	Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 15 cm.	**1,13**	**1,35**	**31-03-2022**
1363035	Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 20 cm	**1,53**	**1,83**	**31-03-2022**

3 2 - 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	DÉSIGNATION	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1318224	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 2,5 cm.	**0,83**	**1,66**	**31-03-2022**
1373625	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 4 cm.	**1,13**	**2,25**	**31-03-2022**
1336950	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 5 cm.	**1,19**	**2,36**	**31-03-2022**
1320014	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 6 cm.	**1,24**	**2,49**	**31-03-2022**
1361355	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 7 cm.	**1,30**	**2,60**	**31-03-2022**
1340778	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 8 cm.	**1,34**	**2,68**	**31-03-2022**
1351635	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 10 cm.	**1,44**	**2,86**	**31-03-2022**
1337635	Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 12 cm.	**1,53**	**3,05**	**31-03-2022**

Sous-section 5 : Sets pour pansements

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 à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
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 (article L. 5125-23, alinéa 1er, du code de la santé publique).
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 : - 5 compresses stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; - 2 pinces stériles ; - 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum.	**9,10**	**9,10**	**31-12-2016**
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.	**15,17**	**15,17**	31-12-2011 (Voir article 2 de l'arrêté du 28-10-2011)
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 :	**11,60**	**11,60**	**31-12-2016**

	- 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 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.	**19,32**	**19,32**	31-12-2011 (Voir article 2 de l'arrêté du 28-10-2011)
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.	**7,61**	**7,61**	**31-12-2016**

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 à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
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 (article L. 5125-23, alinéa 1er, du code de la santé publique).
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	PRIX DE CESSION (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**4,79**	**7,19**	**7,19**	**31-12-2016**
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.	**3,47**	**5,20**	**5,20**	**31-12-2016**
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 ;	**6,65**	**9,97**	**9,97**	**31-12-2016**

	- 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.				
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.	**4,52**	**6,77**	**6,77**	**31-12-2016**
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 ; • 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.	**4,79**	**7,19**	**7,19**	**31-12-2016**

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.	**3,47**	**5,20**	**5,20**	**31-12-2016**
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 ; - 3 curettes stériles.	**6,65**	**9,97**	**9,97**	**31-12-2016**
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 ;	**4,52**	**6,77**	**6,77**	**31-12-2016**

	- 2 bistouris stériles à usage unique ; - 3 curettes stériles.				

Section 2. – Matériels de contention et de compression vasculaires

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.

Paragraphe 1 : Bandes de contention élastiques en 1 (un) sens en largeur et en largeur et longueur

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1318052 102B01.11	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V18 en 7 ou 8 cm de large.	**2,02** €	**31-07-2017**
1397620 102B01.12	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V18 en 10 cm de large.	**2,55** €	**31-07-2017**
1306110 102B01.21	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 1 m de long	**2,67** €	**31-07-2017**
1371282	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 1,5 m de long	**4,01** €	**31-07-2017**
1385025	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 2,5 m de long	**6,68** €	**31-07-2017**
1324957	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 3 m de long	**8,01** €	**31-07-2017**
1325891	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 3,5 m de long	**9,35** €	**31-07-2017**
1322208 102B01.22	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 1 m de long	**3,26** €	**31-07-2017**
1330231	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 1,5 m de long	**4,89** €	**31-07-2017**
1355857	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 2,5 m de long	**8,15** €	**31-07-2017**
1345971	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 3 m de long	**9,78** €	**31-07-2017**
1395839	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 3,5 m de long	**11,41** €	**31-07-2017**
1303889 102B01.31	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 1 m de long	**2,55** €	**31-07-2017**
1327826	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 1,5 m de long	**3,83** €	**31-07-2017**
1329268	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 3 m de long	**7,65** €	**31-07-2017**
1380298	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 5 m de long	**12,75** €	**31-07-2017**
1332307 102B01.32	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 1 m de long	**3,07** €	**31-07-2017**
1320103	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 1,5 m de long	**4,61** €	**31-07-2017**
1352712	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 3 m de long	**9,21** €	**31-07-2017**
1322384	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 5 m de long	**15,35** €	**31-07-2017**

1387426 102B01.41	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 8 cm de large, 1 m de long	**3,30** €	**31-07-2017**
1370934	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 8 cm de large, 3 m de long	**9,90** €	**31-07-2017**
1340301 102B01.42	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 10 cm de large, 1 m de long	**4,05** €	**31-07-2017**
1332508	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 10 cm de large, 3 m de long	**12,15** €	**31-07-2017**
1389307 102B01.51	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 1 m de long	**3,14** €	**31-07-2017**
1313528	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 1,5 m de long	**4,71** €	**31-07-2017**
1393987	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 3 m de long	**9,42** €	**31-07-2017**
1311966	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 3,5 m de long	**10,99** €	**31-07-2017**
1365146	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 5 m de long	**15,70** €	**31-07-2017**
1389052 102B01.52	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 1 m de long	**3,89** €	**31-07-2017**
1334482	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 1,5 m de long	**5,84** €	**31-07-2017**
1340873	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 3 m de long	**11,67** €	**31-07-2017**
1399180	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 3,5 m de long	**13,62** €	**31-07-2017**
1317555	Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 5 m de long	**19,45** €	**31-07-2017**

Paragraphe 2 : Bandes de contention élastiques en tout sens

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1317472 102B02.11	Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 1 m de long	**6,67** €	**31-07-2017**
1349414	Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 1,5 m de long	**10,01** €	**31-07-2017**
1346143	Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 3,5 m de long	**23,35** €	**31-07-2017**
1395147 102B02.21	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 1 m de long	**4,51** €	**31-07-2017**
1344629	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 1,5 m de long	**6,77** €	**31-07-2017**
1331934	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 3 m de long	**13,53** €	**31-07-2017**
1307309	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 3,5 m de long	**15,79** €	**31-07-2017**
1398499	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 4 m de long	**18,04** €	**31-07-2017**
1377540	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 5 m de long	**22,55** €	**31-07-2017**
1317354 102B02.22	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 1 m de long	**5,65** €	**31-07-2017**
1315177	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 1,5 m de long	**8,48** €	**31-07-2017**
1301117	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 3 m de long	**16,95** €	**31-07-2017**
1331733	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 3,5 m de long	**19,78** €	**31-07-2017**
1358330	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 4 m de long	**22,60** €	**31-07-2017**
1321835	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 5 m de long	**28,25** €	**31-07-2017**
1366105 102B02.23	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 1 m de long	**6,84** €	**31-07-2017**
1319130	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 1,5 m de long	**10,26** €	**31-07-2017**
1315220	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 2,5 m de long	**17,10** €	**31-07-2017**
1344061	Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 3,5 m de long	**23,94** €	**31-07-2017**
1322355 102B02.31	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 1 m de long	**4,30** €	**31-07-2017**
1388242	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 1,5 m de long	**6,45** €	**31-07-2017**

1349147	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 3 m de long	**12,90** €	**31-07-2017**
1394202	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 3,5 m de long	**15,05** €	**31-07-2017**
1345362	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 4 m de long	**17,20** €	**31-07-2017**
1327217	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 5 m de long	**21,50** €	**31-07-2017**
1397896 102B02.32	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 1 m de long	**5,40** €	**31-07-2017**
1368587	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 1,5 m de long	**8,10** €	**31-07-2017**
1378858	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 3 m de long	**16,20** €	**31-07-2017**
1372689	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 3,5 m de long	**18,90** €	**31-07-2017**
1325460	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 4 m de long	**21,60** €	**31-07-2017**
1381100	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 5 m de long	**27,00** €	**31-07-2017**
1322237 102B02.33	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 1 m de long	**6,46** €	**31-07-2017**
1361480	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 1,5 m de long	**9,69** €	**31-07-2017**
1384451	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 2,5 m de long	**16,15** €	**31-07-2017**
1374872	Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 3,5 m de long	**22,61** €	**31-07-2017**

Paragraphe 3 : Bandes de contention thoraciques ou abdominales

Code	**Nomenclature**	**Tarif en euros**	Date de fin de prise en charge
1366996 102B03.11	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 1 m de long	**5,49** €	**31-07-2017**
1377988	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 1,5 m de long	**8,24** €	**31-07-2017**
1341370	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 2,5 m de long	**13,73** €	**31-07-2017**
1397940 102B03.12	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 1 m de long	**8,00** €	**31-07-2017**
1375216	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 1,5 m de long	**12,00** €	**31-07-2017**
1324510	Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 2,5 m de long	**20,00** €	**31-07-2017**

Paragraphe 4 : Bandes de compression veineuse à allongement court

Laboratoires LOHMANN & RAUSCHER S.A.S. (LOHMANN)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1346574	Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x 4cm. 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	**5,11**	**5,11**	**15-03-2022**

	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	**9,94**	**9,94**	**15-03-2022**
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	**13,15**	**13,15**	**15-03-2022**
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	**15,17**	**15,17**	**15-03-2022**
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	**16,51**	**16,51**	**15-03-2022**
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.	**17,57**	**17,57**	**15-03-2022**

	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			
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	**18,77**	**18,77**	**15-03-2022**

Paragraphe 5 : Système compressif multicouche

Société THUASNE (THUASNE)

CODE	NOMENCLATURE	Prix de cession en € HT	TARIF/ PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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) ; - 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	**32,00**	**48,00**	**01-02-2024**

	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. REFERENCE PRISE EN CHARGE 17005020299999 (taille 2)	**34,00**	**51,00**	**01-02-2024**
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.	**35,34**	**53,00**	**01-02-2024**

	REFERENCE PRISE EN CHARGE 17005020399999 (taille 3)			

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	Prix de cession en € HT	TARIF/ PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**9,09**	**13,64**	**15-08-2023**
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.	**10,58**	**15,86**	**15-08-2023**
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.	**12,09**	**18,14**	**15-08-2023**
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	**13,58**	**20,37**	**15-08-2023**

Société BAUERFEIND FRANCE SARL (BAUERFEIND)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1306310	Système compression veineuse, BAUERFEIND, VENOTRAIN ULCERTEC 39. DESCRIPTION	**80,00**	**80,00**	**15-03-2022**

	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 ; - 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 ; 4046445872662 ; 4046445872679 ; 4046445872686 ; 4046445872693 ; 4046445872709	**80,00**	**80,00**	**15-03-2022**

Laboratoires LOHMANN & RAUSCHER S.A.S. (LOHMANN)

CODE	Nomenclature	Prix de cession en € HT	TARIF/PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**68,34**	**102,50**	**15-03-2022**

	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			

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	Prix de cession en € HT	TARIF/PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
1349058	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 18-25 cm : 1 bande Ktech, dimensions 8 cm × 6 m et 1 bande Kpress, dimensions 8 cm × 7,5 m.	**11,20**	**15,62**	**15-01-2023**
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.	**12,24**	**17,08**	**15-01-2023**
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	**12,83**	**17,91**	**15-01-2023**

	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.			
1378410	Système compression veineuse, URGO, URGO K2 25-32 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.	**13,09**	**18,27**	**15-01-2023**
1367961	Système compression veineuse, URGO, URGO K2 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. 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.	**14,14**	**19,73**	**15-01-2023**
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.	**14,40**	**20,10**	**15-01-2023**
1324791	Système compression veineuse, URGO, URGO K2 LATEX FREE 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 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.	**12,24**	**17,08**	**15-01-2023**
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.	**14,14**	**19,73**	**15-01-2023**

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 (œdème).
Le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	TARIF/PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**12,04**	**18,06**	**15-02-2017**

	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.			

Sous-section 2 : Bandes en mousse pour capitonnage

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1328613 102B04	Bandes en mousse pour capitonnage, tout modèle	**3,99** €	**31-07-2017**

Sous-section 3 : Coussins pour contention, pansements élasto-compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
1312032 102C	Coussin pour contention, pansements élasto-compressifs, tout modèle. Quel que soit le modèle, répondant aux spécifications techniques.	**4,04** €	**31-07-2017**

Sous-section 4 : Bandes adhésives

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.

4.1 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 euros	Date de fin de prise en charge
1364030	Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 1 875 cm2 et < 2 285 cm2.	**1,52**	**31-03-2022**
1317489	Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 2 285 cm2 et < 2 500 cm2.	**1,85**	**31-03-2022**

1328665	Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 2 500 cm2 et < 3 000 cm2.	**2,03**	**31-03-2022**
1307002	Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 3 000 cm2 et < 5 000 cm2.	**2,43**	**31-03-2022**
1375386	Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 5 000 cm2	**4,05**	**31-03-2022**

4.2 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 euros	Date de fin de prise en charge
1316981	Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 750 cm2 et < 1 500 cm2.	**1,15**	**31-03-2022**
1330892	Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 1 500 cm2 et < 2 000 cm2.	**2,30**	**31-03-2022**
1395526	Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 2 000 cm2 et < 2 500 cm2.	**3,07**	**31-03-2022**
1368370	Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 2 500 cm2.	**3,84**	**31-03-2022**
1384853	Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 1 500 cm2 et < 2 000 cm2.	**2,61**	**31-03-2022**
1349756	Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 2 000 cm2 et < 2 500 cm2.	**3,48**	**31-03-2022**
1349727	Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 2 500 cm2.	**4,36**	**31-03-2022**

Chapitre 4 : Accessoires de produits inscrits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables

Société Synapse Biomedical Europe (SYNAPSE)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**80,40**	**80,40**	**01-02-2025**
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.	**69,60**	**69,60**	**01-02-2025**
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	**53,82**	**53,82**	**01-02-2025**

	société Synapse Biomedical Europe. La prise en charge est assurée pour une boîte de trois piles au lithium tous les trois mois.			

Société NEURORESP (NEURORESP)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1461950	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, antenne d'énergie. Remplacement de l'antenne de transfert d'énergie pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société NEURORESP. La prise en charge est assurée pour une antenne d'énergie par an Pour les patients atteints du syndrome d'Ondine, la prise en charge est assurée pour une paire d'antennes par an.	**562,12**	**562,12**	**15-05-2021**
1449860	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, câble d'énergie. Remplacement du câble de transfert d'énergie pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société NEURORESP. La prise en charge est assurée pour un câble d'énergie par an Pour les patients atteints du syndrome d'Ondine, la prise en charge est assurée pour une paire d'antennes par an.	**215,28**	**215,28**	**15-05-2021**
1451390	Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, batterie 12 V Remplacement de la batterie 12 V pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société NEURORESP. La prise en charge est assurée pour une batterie tous les 2 ans	**777,40**	**777,40**	**15-05-2021**
1424647	Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, batterie 9 V Remplacement de la batterie 9 V pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société NEURORESP. La prise en charge est assurée pour une batterie tous les 2 ans	**71,76**	**71,76**	**15-05-2021**
1428970	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, contrôleur Contrôleur de stimuli pour stimulateur ATROSTIM La prise en charge est assurée pour un boitier tous les 8 ans.	**37800,00**	**37800,00**	**15-05-2021**
1444236	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, module program Module de programmation et câble de raccordementpour stimulateur ATROSTIM La prise en charge est assurée pour un boitier tous les 8 ans.	**8334,00**	**8334,00**	**15-05-2021**
1445891	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, chargeur bat V12 Chargeur de batterie V12 pour stimulateur ATROSTIM La prise en charge est assurée pour un chargeur tous les 5 ans.	**378,00**	**378,00**	**15-05-2021**
1453146	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, chargeur bat V9 Chargeur de batterie V9 pour stimulateur ATROSTIM La prise en charge est assurée pour un chargeur tous les 5 ans.	**216,00**	**216,00**	**15-05-2021**

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.

Chapitre 1 : Orthèses (ex-petit appareillage)

Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.
Les paragraphes B, C, F, G, H, I et J du présent chapitre sont soumis aux dispositions de l'arrêté du 26-06-2003 (JO du 06-09-2003).
La prise en charge des produits inscrits aux paragraphes A, D et E du présent chapitre est subordonnée à l'apposition sur leur conditionnement d'une étiquette détachable autocollante à appliquer sur le volet de facturation ou, à défaut, pour les produits sur mesure, à la délivrance d'une facture, adressées 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).
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.

A. – Bandages herniaires

1. Généralités

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.

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. 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. Ressorts

2.1.1. 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. 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.

2.1.3. Garniture

Les ressorts sont systématiquement garnis de façon à rendre le bandage plus confortable.

2.1.4. 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 9 g de fil de gomme naturelle ou synthétique.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Hernies inguinales

Bandages à ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A00.11	B1N	a) Bandage simple à ressort sans sous-cuisse	**20,05**	**31-07-2017**
201A00.12	B3N	a) Bandage simple à ressort avec sous-cuisse	**22,61**	**31-07-2017**
201A00.13	B10N	b) Bandage double à ressort sans sous-cuisse	**39,54**	**31-07-2017**
201A00.14	B12N	b) Bandage double à ressort avec sous-cuisse	**46,50**	**31-07-2017**
201A00.15	B24N	c) Bandage à ressort antérieur	**51,29**	**31-07-2017**

Bandages sans ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A00.21	B2N	a) Bandage simple avec sous-cuisse	**20,80**	**31-07-2017**
201A00.22	B11N	b) Bandage double avec barrette rigide avec sous-cuisse	**35,94**	**31-07-2017**
201A00.23	B23N	c) Ceinture bandage plastron	**33,72**	**31-07-2017**

Hernies inguinoscrotales (ou des grandes lèvres)

Bandages à ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A01.11	B5N	a) Bandage simple à ressort avec sous-cuisse	**25,44**	**31-07-2017**
201A01.12	B14N	b) Bandage double à un seul ressort et barrette rigide avec sous-cuisse	**38,89**	**31-07-2017**
201A01.13	B15N	c) Bandage double à deux ressorts avec sous-cuisse	**46,38**	**31-07-2017**

Hernies scrotales irréductibles

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A02.1	B21N	Appareil compressif à poche scrotale amovible ou non, ceinture en tissu élastique renforcé	**53,11**	**31-07-2017**

Hernies crurales

Bandages à ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A03.11	B6N	a) Bandage simple à ressort avec tour de cuisse	**22,61**	**31-07-2017**
201A03.12	B16N	b) Bandage double à ressort avec tour de cuisse	**46,50**	**31-07-2017**

Bandages sans ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A03.21	B7N	a) Bandage simple avec tour de cuisse	**20,80**	**31-07-2017**
201A03.22	B17N	b) Bandage double avec tour de cuisse	**35,79**	**31-07-2017**

Hernies ombilicales et épigastriques

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A04.1	B9N	Bandage sans ressort	**24,54**	**31-07-2017**

1. Suppléments hors taille

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A05		1. Suppléments hors taille		**31-07-2017**
		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 supplémentaire.		**31-07-2017**

2. Pièces de rechange et accessoires (pose comprise)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A06.1	B31N	Coussin dorsal pour bandage simple	**5,68**	**31-07-2017**
201A06.2	B32N	Coussin dorsal pour bandage double	**6,20**	**31-07-2017**
201A06.3	B33N	Pelote inguinale ou crurale sans sous-cuisse	**11,89**	**31-07-2017**
201A06.4	B34N	Pelote inguinale ou crurale avec sous-cuisse	**13,93**	**31-07-2017**
201A06.5	B35N	Pelote ombilicale	**17,70**	**31-07-2017**
201A06.6	B36N	Pelote inguino-scrotale avec sous-cuisse	**14,86**	**31-07-2017**
201A06.7	B36Nbis	Grande pelote scrotale dite « anatomique » ou pelote échancrée avec sous-cuisse	**17,18**	**31-07-2017**
201A06.8	B37N	Ressort à crémaillère	**4,00**	**31-07-2017**

201A06.9	B38N	Ressort à crémaillère extra-fort ou à courbe crurale	**4,39**	**31-07-2017**
201A06.10	B39N	Sous-cuisse tissu élastique	**2,20**	**31-07-2017**
201A06.11	B41N	Coussin pour hernie	**2,04**	**31-07-2017**

3. Suppléments pour pelotes concaves pour hernies irréductibles

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201A07		3. Suppléments pour pelotes concaves pour hernies irréductibles		**31-07-2017**
		Supplément de 40% sur le tarif de la pelote (B33N, B34N, B35N) correspondant au cas.		

4. Bandages pour garçonnets ou fillettes

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
		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.		**31-07-2017**
201A08.2		15% jusqu'à 10 ans inclus.		**31-07-2017**
201A08.3		10% jusqu'à 15 ans inclus.		**31-07-2017**

B. – Orthèses plantaires

1. Généralités

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.

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. Spécifications techniques

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).

2.2. Matériaux utilisés

Les matériaux doivent être non traumatisants et façonnés en fonction de chaque cas pathologique particulier.

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.

2.2.2. 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.

2.2.3. 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.

2.3. 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.

2.4. Dispositions diverses

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.

2.4.2. 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.

2.4.3. Tarif de responsabilité 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.

2.5. 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.

2.6. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	Orthèse plantaire de traitement exécutée sur mesure en matériau non traumatisant pour affection du pied y compris les corrections progressives		
2180450 201B00.3	Orthèse plantaire au-dessous du 28	**12,94**	**31-07-2019**
2122121 201B00.2	Orthèse plantaire du 28 au 37	**14,02**	**31-07-2019**
2140455 201B00.1	Orthèse plantaire au-dessus du 37	**14,43**	**31-07-2019**
2158449 201B00.4	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)	**27,34**	**31-07-2019**

C. – Coques talonnières

1. Généralités

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.

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. Spécifications techniques

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).

2.2. 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.

2.3. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2147629 201C00	Coque talonnière (moulage compris)	**43,94**	**31-07-2019**

D. – Orthèses élastiques de contention des membres

1. Généralités

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.

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. Spécifications techniques

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 %.

2.1.1. 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.

2.1.2. Différence de diamètre minimale sous une charge maximale de 2 daN entre :
- cheville et mollet : 30 % ;
- cheville et cuisse : 50 %.

2.1.3. 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.

FICHE DE SPÉCIFICATION HORS CLASSES
Bonnets 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

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

FICHE DE SPÉCIFICATIONS N° 2
Orthèses élastiques dans les deux sens

Tricotage
Pour une bonne homogénéité de la contention :
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

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

2.2. Classes de pression de contention

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.

2.2.2. 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.

2.2.3. 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 %.

2.2.4. 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.

2.2.5. 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.

2.2.6. 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.

2.3. 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).

2.4. 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.

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 organismecertificateur compétent et indépendant.

Catégorie élastique en un sens, classes I, II, III (11 et 12)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D00.1	V1	Bas jarret .	**9,81**	**31-07-2017**
201D00.2	V2	Molletière .	**7,33**	**31-07-2017**
201D00.3	V3	Cuissard	**7,93**	**31-07-2017**
201D00.4	V4	Bas cuisse	**24,03**	**31-07-2017**
201D00.5	V5	Genouillère	**7,39**	**31-07-2017**
201D00.6	V6	Chaussette (chevillère) :	**7,05**	**31-07-2017**
201D00.7	V7	Manchon	**24,96**	**31-07-2017**

Catégorie élastique en deux sens, classes hors classe (HC), I, II, III (HC 2, 21 et 22)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D01.1	V1	Bas jarret en 21	**15,17**	**31-07-2017**
201D01.2	V1	Bas jarret en 22	**11,20**	**31-07-2017**
201D01.7	V4	Bas cuisse en 21 .	**22,55**	**31-07-2017**
201D01.8	V4	Bas cuisse en 22	**14,89**	**31-07-2017**
201D01.9	V5	Genouillère en 21	**10,94**	**31-07-2017**
201D01.10	V5	Genouillère en 22	**7,27**	**31-07-2017**
201D01.11	V6	Chaussette (chevillère) en 21	**10,08**	**31-07-2017**
201D01.12	V6	Chaussette (chevillère) en 22	**6,78**	**31-07-2017**
201D01.13	V7	Manchon en 21	**26,01**	**31-07-2017**
201D01.14	V7	Manchon en 22	**26,01**	**31-07-2017**

201D01.15	F1	Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 20/25) en HC2 .	**37,35**	**30-01-2018**
201D01.16	F2	Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 30/35) en HC2 .	**41,92**	**30-01-2018**
201D01.17	F3	Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 40/45) en HC2 .	**44,21**	**30-01-2018**
201D01.18	T1	Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation tibiale (hauteur 30/35) en HC2 .	**14,48**	**30-01-2018**
201D01.19	T2	Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation tibiale (hauteur 40/45) en HC2 .	**17,53**	**30-01-2018**

Catégorie élastique en un sens extensible autre sens, classes I, II, III (31 et 32)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D02.1	V1	Bas jarret	**21,52**	**31-07-2017**
201D02.4	V4	Bas cuisse	**42,50**	**31-07-2017**
201D02.5	V5	Genouillère	**17,69**	**31-07-2017**
201D02.6	V6	Chaussette (chevillère)	**16,19**	**31-07-2017**
201D02.7	V7	Manchon	**26,01**	**31-07-2017**

Suppléments

Les suppléments doivent être mentionnés sur la prescription pour être pris en charge.

1. Suppléments pour les articles aux mesures du patient

1.1. Suppléments de circonférences

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D03.11		À la cheville à partir de 24 cm + 1,5 % par cm		**31-07-2017**
201D03.12		Au mollet à partir de 40 cm + 1,5 % par cm		**31-07-2017**
201D03.13		À la cuisse à partir de 52 cm + 1,5 % par cm		**31-07-2017**

1.2. Suppléments de longueurs

Code	**Référence**	**Nomenclature**	**Tarif en euros**	Date de fin de prise en charge
201D03.21	V1	À partir de 42 cm (du sol) + 2 % par cm		**31-07-2017**
201D03.22	V2	À partir de 30 cm (total) + 2 % par cm		**31-07-2017**
201D03.23	V3	À partir de 20 cm (total) + 2 % par cm		**31-07-2017**
201D03.24	V4	À partir de 65 cm (du sol) + 2 % par cm		**31-07-2017**
201D03.25	V5	À partir de 20 cm (au genou) + 2 % par cm		**31-07-2017**
201D03.26	V6	À partir de 20 cm (du sol) + 2 % par cm		**31-07-2017**

201D03.27	V7	À partir de 45 cm (total) + 2 % par cm		**31-07-2017**
		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.		

1.3. Autres suppléments

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D03.31	SV1	Talon fermé (toutes catégories)	**0,62**	**31-07-2017**
201D03.32	SV2	Pointe fermée (catégories 21, 22, 31 ou 32)	**1,81**	**31-07-2017**
201D03.33	SV3	Volant pour bas V1 (tissu non élastique)	**3,76**	**31-07-2017**
201D03.34	SV4	Supplément pour un collant	**12,25**	**31-07-2017**
201D03.35	SV5	Couvre-épaule pour manchon V7 (tissu non élastique)	**3,33**	**31-07-2017**
201D03.36	SV6	Mitaine (sans doigt avec passage du pouce)	**6,25**	**31-07-2017**
201D03.37	SV7	Quatre doigts	**9,38**	**31-07-2017**

2. Suppléments pour les articles de série

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D04.1	SV4	Supplément pour un collant	**12,25**	**31-07-2017**
201D04.2	SV9	Evidement rotulien avec ou sans fenêtre pour genouillère	**1,61**	**31-07-2017**
201D04.3	SV10	Baleinage articulé ou non pour genouillère	**2,58**	**31-07-2017**
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)	**2,58**	**31-07-2017**
201D04.5	SF1	Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F1) (hauteur 20/25) .	**12,96**	**30-01-2018**
201D04.6	SF2	Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F2) (hauteur 30/35) .	**16,01**	**30-01-2018**
201D04.7	SF3	Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F3) (hauteur 40/45).	**18,29**	**30-01-2018**

3. Majorations pour orthèses en classe IV aux mesures du patient ou de série

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D05.1	SV8	Majoration de 5% à appliquer aux trois tableaux définissant les catégories d'orthèses.		**31-07-2017**

4. Divers

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201D06.1	DV1	Bas cuisse spécial très montant pour varices de la saphène	sur devis	**31-07-2017**
201D06.2	DV2	Ceinture de taille élastique pour fixer DV3	**1,66**	**31-07-2017**
201D06.3	DV3	Jarretelle pour tenir un grand bas	**1,32**	**31-07-2017**
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	**13,16**	**31-07-2017**

E. – Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé

1. Généralités

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).

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. Spécifications techniques

2.1. Classification et caractéristiques des ceintures et corsets

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.

2.1.2. 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.

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.

2.1.3.1. 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 à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

2.1.3.2. 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).

2.1.3.3. 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.

2.1.4. Ceintures de maintien lombaire sur mesure

2.1.4.1. Caractéristiques générales

Celles définies au 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.

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.

2.1.4.2. 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.

2.1.5. 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.

2.1.5.1. Caractéristiques générales

Ces caractéristiques sont celles définies au 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.

2.1.5.2. Caractéristiques particulières

a) 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).

b) 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).

c) 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.

d) 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.

e) 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.

2.1.5.3. 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.

2.2. 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.

2.2.1. 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.

2.2.2. 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.

2.2.3. 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.

2.2.4. 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.

2.2.5. 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.

2.2.6. 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.

2.2.7. 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.

2.2.8. 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.

2.2.9. 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.

2.2.10. 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.

2.2.11. 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.

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.

2.3. 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.

2.3.1. 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.

2.3.2. 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.

2.3.3. Matériaux thermoformables

Ils sont définis au titre I de la liste des produits et des prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les bords doivent être ébavurés et arrondis ainsi que les extrémités.

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.

2.5. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Ceintures et corsets de série ou thermoformables

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201E00.01		Bande ceinture de soutien lombaire	**43,43**	**31-07-2020**
		Ceinture de soutien lombaire		
201E00.021		- hauteur dos 21 cm.	**47,19**	**31-07-2020**
201E00.022		- hauteur dos 26 cm.	**55,86**	**31-07-2020**
	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.	**57,54**	**31-07-2020**
201E00.032		b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde.	**71,90**	**31-07-2020**
	CIMHR	**Corset pour immobilisation et maintien en hyper-extension du rachis conforme aux spécifications techniques (2.1.1.)**		
201E00.041		- modèle simple .	**89,70**	**31-07-2020**
201E00.042		- modèle avec appui mentonnier .	**114,15**	**31-07-2020**
201E00.043		- modèle avec minerve complète	**168,81**	**31-07-2020**
	CIVS	**Corset pour maintien et immobilisation du rachis**		
201E00.05		Corset pour maintien et immobilisation du rachis conforme aux spécifications techniques (3.1.1.) comprenant les bretelles et jarretelles	**167,69**	**31-07-2020**
		En cas de renouvellement		
201E00.051		- bretelles, la paire .	**21,80**	**31-07-2020**
201E00.052		- jarretelles, la paire .	**3,35**	**31-07-2020**

Ceintures et corsets sur mesure

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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.	**66,60**	**31-07-2020**
201E01.012		b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde	**83,24**	**31-07-2020**
201E01.013		c) La pointe de l'appendice xyphoïde	**96,79**	**31-07-2020**
	CMA	**Ceinture de maintien abdominal sur mesure (CMA)**		
		Hauteur type : le point de repère inférieur est constitué par le bord supérieur du pubis.		
		Les repères supérieurs sont :		

201E01.021		a) L'ombilic	**76,14**	**31-07-2020**
201E01.022		b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde	**96,05**	**31-07-2020**
201E01.023		c) La pointe de l'appendice xyphoïde	**115,26**	**31-07-2020**
	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	**82,63**	**31-07-2020**
201E01.0312		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**103,28**	**31-07-2020**
	CMAL	**CMAL (ceinture de maintien abdomino-lombaire).**		
		Les repères supérieurs sont		
201E01.321		a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12	**85,29**	**31-07-2020**
201E01.322		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**106,62**	**31-07-2020**
	CMLR	**CMLR (ceinture de maintien lombaire renforcée).**		
		Les repères suivants sont		
201E01.0331		a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12	**92,60**	**31-07-2020**
201E01.0332		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**115,75**	**31-07-2020**
	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	**199,25**	**31-07-2020**
201E01.0412		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**239,10**	**31-07-2020**
201E01.0413		c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6	**278,96**	**31-07-2020**
	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	**228,43**	**31-07-2020**
201E01.0422		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**274,11**	**31-07-2020**
201E01.0423		c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6	**319,90**	**31-07-2020**
	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	**217,47**	**31-07-2020**
201E01.0432		b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9	**260,95**	**31-07-2020**
201E01.0433		c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6	**303,77**	**31-07-2020**
	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	**285,51**	**31-07-2020**
201E01.0442		CIVC2	**269,81**	**31-07-2020**
		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 %.		

Adjonctions

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
201E02.01		Béquillon garni avec son porte-béquillon, l'unité pour CIVB ou CIVC	**49,33**	**31-07-2020**
201E02.02		Bretelles, la paire	**43,59**	**31-07-2020**
201E02.03		Coussin de compensation	**14,45**	**31-07-2020**
		Coussin post-opératoire, 3 tailles :		
201E02.041		- inférieur à 13 cm dans la plus grande dimension,	**8,45**	**31-07-2020**

201E02.042		- de 13 à 24 cm dans la plus grande dimension,	**10,57**	**31-07-2020**
201E02.043		- au-delà de 24 cm dans la plus grande dimension,	**12,69**	**31-07-2020**
201E02.05		Dispositif pour stomie.	**27,44**	**31-07-2020**
201E02.06		Épaulière.	**23,24**	**31-07-2020**
		Fermeture complémentaire de côté		
201E02.071		- agrafage	**9,25**	**31-07-2020**
201E02.072		- bouclage	**20,19**	**31-07-2020**
201E02.073		- boutonnage	**15,86**	**31-07-2020**
201E02.074		- glissière	**10,18**	**31-07-2020**
201E02.08		En l'absence de fermeture complémentaire, abattement forfaitaire de	**7,89**	**31-07-2020**
201E02.09		Jarretelles classiques, la paire	**5,03**	**31-07-2020**
		Moulage pour le CIV (toutes opérations comprises) :		
201E02.101		- moulage pour le CIVB1 et CIVB2	**55,55**	**31-07-2020**
201E02.102		- moulage pour le CIVC1 et CIVC2	**87,48**	**31-07-2020**
201E02.11		Palette pectorale de redressement pour CIVC seulement	**91,47**	**31-07-2020**
201E02.12		Pattes d'entrejambe et leur dispositif de fixation, la paire	**14,70**	**31-07-2020**
		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,	**14,87**	**31-07-2020**
201E02.132		-grand modèle à 2 tirants bilatéraux : dimensions minimales ; : 21 cm de largeur, 12 cm de hauteur,	**19,03**	**31-07-2020**
		Pelote pour éventration		
201E02.141		a) Pour éventration réductible, 2 tailles :		
201E02.1411		- inférieure ou égale à 12 cm dans la plus grande dimension	**24,37**	**31-07-2020**
201E02.1412		- supérieure à 12 cm dans la plus grande dimension	**26,40**	**31-07-2020**
201E02.142		b) Pour éventration irréductible (pelote concave)	+40%	
201E02.15		Pelote pour hernie (voir tarifs des pelotes pour bandages herniaires, même titre, même chapitre, rubrique A – Bandages herniaires – 2. Pièces de rechange et accessoires).		
201E02.16		Sangle intérieure, l'ensemble	**54,20**	**31-07-2020**
201E02.17		Sous-cuisses élastiques, la paire	**6,71**	**31-07-2020**
201E02.18		Tirant hypogastrique réglable, ou bride de rappel lombosacrée, l'ensemble	**13,33**	**31-07-2020**

Suppléments

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
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.		**31-07-2020**

		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.		**31-07-2020**
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.		**31-07-2020**

F. – Colliers cervicaux

1. Généralités

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.

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. 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. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2118823 201F00	C1	Collier cervical pour soutien léger	**9,25**	**31-07-2025**
2139009 201F01	C2	Collier cervical non réglable en hauteur pour soutien moyen	**13,10**	**31-07-2025**
2105938 201F02	C3	Collier cervical réglable en hauteur pour soutien moyen	**15,71**	**31-07-2025**
2193813 201F03	C4	Collier cervical dit « mini-minerve »	**18,77**	**31-07-2025**

G. – Appareils divers de correction orthopédique

1. Généralités

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.

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. 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. Délai de renouvellement

Il est assujetti à une prescription qui prend en compte les modifications physiologiques ou pathologiques du patient.

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.

2.3. Les appareils concernant le membre inférieur

2.3.1. Niveau du pied

2.3.1.1. 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.

2.3.1.2. 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.

2.3.1.3. 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.

2.3.1.4. 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.

2.3.1.5. 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.

2.3.1.6. 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.

2.3.1.7. 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.

2.3.2. Niveau genou

2.3.2.1. 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.

2.3.2.2. Attelle et orthèse de série pour appareillage du genou

a) 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.

b) 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.

Société THUASNE (THUASNE)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € TTC	Tarif en euros TTC	Date de fin de prise en charge

2119171	Orthèse de genou articulée avec structure métallique rigide REBEL RELIEVER de la société THUASNE. REBEL RELIEVER est une orthèse orthopédique de série ou réalisée à partir de mesures du patient par le fabricant. **DESCRIPTION** L'orthèse REBEL RELIEVER est constituée d'une structure métallique rigide en aluminium incluant, sur chaque montant latéral au niveau du genou, une articulation et deux coussinets ovales latéraux. Six sangles non élastiques (2 sangles avant et 4 sangles arrière) permettent de positionner l'orthèse sur la jambe. Elles sont équipées de coussinets de renfort avec inserts siliconés visant à prévenir le glissement de l'orthèse le long de la jambe Les montants latéraux sont réglables en longueur. Ce réglage permet d'incliner chaque montant selon un angle compris entre 0° et 9° ; l'angle maximal entre la partie fémorale et la structure tibiale est de 18°. Les montants sont placés en position neutre lors de la fabrication de l'orthèse Un dispositif en crémaillères permet à l'appareilleur de positionner et de verrouiller les montants de la genouillère. REBEL RELIEVER est disponible en différentes tailles standard fabriquées en série. La taille adéquate est définie d'après prise de mesures des tours de cuisse, de genou et de mollet. INDICATION PRISE EN CHARGE Traitement de la gonarthrose fémoro-tibiale symptomatique à prédominance unicompartimentale interne, à l'exclusion des patients traités par chirurgie. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La garantie de l'orthèse REBEL RELIEVER est de 5 ans. Le rembourrage et les sangles de l'orthèse sont garantis 6 mois. Le renouvellement de cette orthèse ne doit intervenir qu'à l'expiration d'une période de 5 ans à compter de la date de prise en charge initiale. Ses modalités de prescription et d'utilisation sont celles de la LPPR pour les orthèses inscrites au titre II, chapitre 1, paragraphe G. Genou, correction orthopédique articulée de série, THUASNE, REBEL RELIEVER RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE U0330920106601 (DROIT XS) ; U0330920106602 (GAUCHE XS) ; U0330920206601 (DROIT S) ; U0330920206602 (GAUCHE S) ; U0330920306601 (DROIT M) ; U0330920306602 (GAUCHE M) ; U0330920406601 (DROIT L) ; U0330920406602 (GAUCHE L) ; U0330920506601 (DROIT XL) ; U0330920506602 (GAUCHE XL) ; U0330920606601 (DROIT XXL) ; U0330920606602 (GAUCHE XXL) ; U0330930106601 (DROIT S/XS) ; U0330930106602 (GAUCHE S/XS) ; U0330930206601 (DROIT S/M) ; U0330930206602 (GAUCHE S/M) ; U0330930306601 (DROIT M/S) ; U0330930306602 (GAUCHE M/S) ; U0330930406601 (DROIT M/L) ; U0330930406602 (GAUCHE	**380,00**	**500,00**	**31-03-2025**

Tailles	Genou	Cuisse	Mollet
XS	7,5 cm – 9cm	31,5 cm – 39,5 cm	28,5 cm – 32 cm
S	9 cm – 10,5 cm	39,5 cm – 47 cm	31 cm – 35 cm
M	10 cm –11,5 cm	47 cm – 53,5	33,5 cm – 38 cm
L	11,5 cm –13cm	53,5 cm – 60 cm	36 cm – 41 cm
XL	13 cm –14,5 cm	60 cm – 63,5 cm	38 cm – 43 cm
XXL	14 cm – 16 cm	63,5 cm – 71 cm	43 cm – 48 cm

	M/L) ; U0330930506601 (DROIT L/M) ; U0330930506602 (GAUCHE L/M) ; U0330930606601 (DROIT L/XL) ; U0330930606602 (GAUCHE L/XL) ; U0330930706601 (DROIT XL/L) ; U0330930706602 (GAUCHE XL/L) ; U0330930806601 (DROIT XL/XXL) ; U0330930806602 (GAUCHE XL/XXL) ; U0330930906601 (DROIT XXL/XL) ; U0330930906602 (GAUCHE XXL/XL)			

2.3.3. Niveau hanches

L'application de ces appareils est faite par le prescripteur.

2.3.3.1. 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.

2.3.3.2. 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.

2.3.3.3. 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.

2.4. Les appareils concernant le membre supérieur

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 à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

3. Nomenclature et tarifs

Les appareils concernant le membre inférieur

Niveau du pied

Attelles montées sur chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2161530 201G00.111	Correction orthopédique, pied, attelle montée sur chaussures	**64,40**	**31-07-2022**
2152837 201G00.112	Correction orthopédique, pied, attelle, remplacement chaussures	**48,08**	**31-07-2022**

Attelles sans chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2113174 201G00.121	Correction orthopédique, pied, attelle rigide sans chaussure	**12,13**	**31-07-2022**
2109534 201G00.122	Correction orthopédique, pied, attelle articulée, sans chaussure	**18,43**	**31-07-2022**

Chaussure à bout ouvert

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
2182710 201G00.131	Correction orthopédique, pied, chaussure à bout ouvert	**24,04**	

Attelles ou chaussons articulés

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2104525 201G00.141	Correction orthopédique, pied, attelle correctrice, tous plans de l'espace	**30,86**	**31-07-2022**
2199968 201G00.142	Correction orthopédique, pied, attelle correctrice, un plan de l'espace	**20,11**	**31-07-2022**

Attelles pour correction de pied valgus ou varus (type attelle de Saint-Germain).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2120790 201G00.151	Correction orthopédique, pied valgus ou varus attelle correctrice, l'unité	**3,27**	**31-07-2022**
2190393 201G00.152	Correction orthopédique, pied valgus ou varus attelle correctrice, la paire	**6,25**	**31-07-2022**

Chausson intérieur moulé

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	Sans remplissage de voûte :		
2156048 201G00.1611	Correction orthopédique, pied, chausson moulé, sans remplissage ≤ 34	**23,37**	**31-07-2022**
2150212 201G00.1612	Correction orthopédique, pied, chausson moulé, sans remplissage ≥ 35	**30,27**	**31-07-2022**
	Avec remplissage de voûte :		
2126805 201G00.1621	Correction orthopédique, pied, chausson moulé, avec remplissage < ou = 34	**28,04**	**31-07-2022**
2124657 201G00.1622	Correction orthopédique, pied, chausson moulé, avec remplissage > ou = 35	**36,32**	**31-07-2022**

Attelles releveurs de pied

Code	Nomenclature	Tarif en euros	NOUVEAU tarif (en euros TTC)	NOUVEAU PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en chargeC01
2122138 201G00.171	Correction orthopédique, pied, attelle releveur de pied de série	**76,22**	**76,22**	**400,00**	**31-07-2022**

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 euros	Date de fin de prise en charge
2107972 201G00.18	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.	**27,44**	**31-07-2022**

Niveau genou

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2172449 201G00.211	Correction orthopédique, genou, appareil de correction pour genu valgum	**8,50**	**31-07-2022**
	Attelle et orthèse de série pour appareillage du genou		
2124338 201G00.221	Correction orthopédique, genou, attelle et orthèse non articulée	**57,23**	**31-07-2022**

2152211 201G00.222	Correction orthopédique, Attelle et orthèse de genou articulée	**102,29**	**31-07-2022**

Niveau hanches

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2187439 201G00.311	Correction orthopédique, hanche, attelle d'abduction (type attelle du Dr Petit)	**10,72**	**31-07-2022**
2120725 201G00.321	Cor. Ortho., hanche, coussin d'abduction, membre inférieur, enfant. Toute dimension .	**18,68**	**31-07-2022**
2117500 201G00.331	Cor. Ortho., hanche, harnais d'abduction, hanche dysplasique, enfant. Quelle que soit la taille	**47,47**	**31-07-2022**

Niveau pied-genou

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2164622 201G00.34	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	**88,97**	**31-07-2022**

Les appareils concernant le membre supérieur

Niveau main et poignet

Attelle digitale à ressort

Attelle digitale pour extension

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2156864 201G01.1211	Correction orthopédique, main, attelle digitale, extension assistée	**16,68**	**31-07-2019**
2144980 201G01.1212	Correction orthopédique, main, attelle digitale, extension type Capener .	**30,00**	**31-07-2019**

Attelle digitale pour flexion

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2179500 201G01.1221	Correction orthopédique, main, attelle digitale, flexion	**15,00**	**31-07-2019**
2122776 201G01.1222	Correction orthopédique, main, attelle digitale, flexion, spirale.	**30,00**	**31-07-2019**

Attelle métacarpophalangienne (MP)

Attelle MP pour extension

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2154032 201G01.1311	Correction orthopédique, main, attelle MP, extension	**39,86**	**31-07-2019**

Attelle MP pour flexion

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2165194 201G01.1321	Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion	**36,71**	**31-07-2019**
2139943 201G01.1322	Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion, pouce abduction	**43,32**	**31-07-2019**
2128365 201G01.1323	Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion, pouce abduction + ext. IP. Extension assistée des interphalangiennes (IP)	**58,32**	**31-07-2019**

Attelle main –poignet

Attelle main –poignet avec extension des MP

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2104637 201G01.1411	Cor. Ortho. Main-poignet, attelle, extension MP + poignet + pouce abduction	**79,20**	**31-07-2019**

Attelle main –poignet avec flexion des MP

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2145984 201G01.1421	Cor. Ortho. Main-poignet, attelle, extension poignet	**45,63**	**31-07-2019**
2149440 201G01.1422	Cor. Ortho. Main-poignet, attelle, flexion MP + ext. Poignet	**79,20**	**31-07-2019**
2192630 201G01.1423	Cor. Ortho. Main-poignet, attelle, flexion MP + ext. Poignet + pouce abduction	**94,40**	**31-07-2019**
2174460 201G01.1424	Cor. Ortho. Main-poignet, attelle, flexion MP + ext. Poignet & IP + pouce abduction	**79,20**	**31-07-2019**

Orthèse de main –poignet

Orthèse dynamique

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2197159 201G01.1511	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse dynamique, extension MP	**83,18**	**31-07-2019**
2145524 201G01.1512	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse dynamique, flexion MP et ext. IP	**99,76**	**31-07-2019**

Orthèse statique

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2182755 201G01.1521	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse statique, poignet-rigide	**41,64**	**31-07-2019**
2159526 201G01.1522	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse statique, poignet-main	**56,64**	**31-07-2019**
2189800 201G01.1523	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse statique, poignet-pouce	**53,18**	**31-07-2019**
2132303 201G01.1524	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse statique, palmaire. Pour récupération d'un ou plusieurs fléchisseurs (orthèse palmaire de poignet) .	**83,18**	**31-07-2019**

Orthèses pour positionnement

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2155965 201G01.1531	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse de positionnement, déviation cubitale	**33,25**	**31-07-2019**
2130310 201G01.1532	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse de positionnement, déviation radiale	**41,64**	**31-07-2019**
2116741 201G01.1533	Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse de positionnement, poignet-main-doigt	**58,32**	**31-07-2019**

H. – Chaussures thérapeutiques de série (CHTS)

Section 1 : Les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT)

I. Définition

Une chaussure thérapeutique à usage temporaire est un dispositif médical au sens de l'article L. 5211-1 du code de la santé publique.

Cette chaussure est techniquement conçue pour être exclusivement utilisée de façon temporaire.

Une chaussure thérapeutique de série à usage temporaire (CHUT) est destinée à des patients dont les anomalies temporaires constatées au niveau du pied demandent un maintien ou un chaussant particulier que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure. 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.

II. Spécifications techniques

II.1 Fabrication

Tous les matériaux utilisés pour la fabrication d'une chaussure thérapeutique de série sont :

- sans défaut ;
- réputés non allergisants ;
- hygiéniques ;
- confortables ;
- non traumatisants ;
- biocompatibles.

II.2 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 largeur habituelle (périmètre passant par les première et cinquième têtes métatarsiennes).

La forme utilisée est au moins égale à une sixième largeur pour les enfants et les adolescents, une septième largeur pour les femmes et une neuvième largeur pour les hommes.

II.3 La tige

Le dessus et la doublure de la tige sont, par principe, prélevés dans les peausseries. Toutefois, dans certains cas qui doivent rester limités et qui sont dictés par la pathologie ou les conditions d'utilisation, la peausserie peut être remplacée partiellement ou totalement par des tissus ou matériaux de synthèse à condition que ceux-ci répondent à tous les critères de qualité définis par la présente nomenclature.

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 cou-de-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.

II.4 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, par principe, en cuir ou peausserie. Toutefois, ils peuvent être remplacés par des matériaux de synthèse à condition que ceux-ci répondent à tous les critères de qualité définis par la présente nomenclature.

II.5 Le semelage

Le semelage peut être en matériau naturel ou synthétique.

La semelle peut être totale ou partielle.

II.6 Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série

Une chaussure thérapeutique de série est conforme aux normes :

- NF EN 13571 : résistance de la tige à la déchirure > 3 daN (decaNewton).
- NFG 62012 : adaptabilité de la tige (déformation rémanente entre 25 et 50 %).
- NF EN 13515 : perméabilité à la vapeur d'eau de la tige > 20 mg/cm2 en 8 heures.
- NF EN ISO 22649 : Absorption de la sueur des semelles premières (>120 mg/cm2).
- NF EN 12770 : G 62001 : méthode d'essai applicable aux semelles d'usure-résistance à l'abrasion. Perte de volume ≤ 280 mm3 pour chaussures à augmentation du volume de l'avant pied Perte de volume ≤ 450 mm3 pour chaussures post opératoire à décharge de l'avant pied ou du talon.
- NF EN ISO 17708 : liaison tige/semelle > 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.

Un rapport de conformité aux exigences ci-dessus, basé sur les résultats de tests réalisés par un laboratoire externe certifié, devra être établi par le fabricant.

III. Indications prises en charge

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 d'œdème avec trouble trophique ou risque de trouble trophique.
IV. Modalités de prescription et d'utilisation
IV.1 Prescription
La prescription doit être libellée sur une ordonnance indépendante de celles comportant d'autres prescriptions. Elle répond à une finalité thérapeutique.
IV.2 Délivrance
La chaussure thérapeutique à usage temporaire (CHUT) est délivrée à l'unité, ajustée à la pointure du patient, de pointure en pointure ou de taille en taille. La délivrance peut se faire par paire pour le code 2166740.
La prise en charge d'une chaussure thérapeutique à usage temporaire n'intervient qu'à condition que sa délivrance soit précédée d'un essayage effectué dans le local de vente, en présence d'un professionnel habilité à délivrer ce dispositif médical. Les locaux des professionnels habilités à délivrer ces dispositifs sont équipés de manière à garantir l'intimité du patient lors de l'accueil et des essayages, et dans le respect des règles d'hygiène. Un espace minimum de déambulation est requis. Lorsque le patient n'est pas en capacité de se déplacer, un essayage au domicile du patient en présence d'un professionnel habilité est possible. Cet essayage de la chaussure thérapeutique doit permettre au patient d'apprendre à ajuster la chaussure thérapeutique à usage temporaire à son pied en fonction de sa pathologie et à l'utiliser.
Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignée au professionnel habilité à délivrer ces dispositifs, il ne peut y avoir de prise en charge de ces dispositifs lorsqu'ils sont achetés à distance.
IV.3 Durée de prise en charge
Cette chaussure doit être utilisée de façon temporaire.
La prise en charge ne peut être renouvelée pour l'état lésionnel qui a motivé la prescription sans préjudice des dispositions de l'article R.165-24 du code de la sécurité sociale.
V. Garantie
La garantie (fournitures et main-d'œuvre) 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.

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2183855	CHUT à décharge de l'avant-pied, l'unité (201H01.1)	**30,49**		**15-10-2027**
2187356	CHUT à décharge du talon, l'unité (201H01.2)	**30,49**		**15-10-2027**
2166740	CHUT pour augmentation du volume de l'avant-pied, l'unité (201H01.3)	**27,51**	**60,30**	**15-10-2027**

Section 2 : LES CHAUSSURES THERAPEUTIQUES A USAGE PROLONGE (CHUP)

I Définition
Une chaussure thérapeutique à usage prolongé est un dispositif médical au sens de l'article L 5211-1 du code de la santé publique.
Cette chaussure est techniquement conçue pour un usage prolongé.
Une chaussure thérapeutique de série à usage prolongé (CHUP) est destinée à des patients dont les anomalies prolongées 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.
II. Spécifications techniques
II.1 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.

II.2 La forme
Une forme est indispensable à la réalisation de la chaussure thérapeutique de série.
II.3 La tige

Le dessus et la doublure de la tige sont, par principe, prélevés dans les peausseries. Toutefois, dans certains cas qui doivent rester limités et qui sont 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 à tous les critères de qualité définis par la présente nomenclature.

II.4 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.

II.5 Le semelage

Le semelage peut être en matériau naturel ou synthétique.

II.6 Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série

Une chaussure thérapeutique de série est conforme aux normes :

- NF EN 13571 : Résistance de la tige à la déchirure > 3daN (decaNewton)
- NFG 62012 : Adaptabilité de la tige (déformation rémanente entre 25 et 50 %)
- NF EN 13515 : Perméabilité à la vapeur d'eau de la tige > ou égale à 20 mg/cm2 en 8 heures
- NF EN ISO 22649 : Absorption de la sueur des semelles premières (>120 mg/cm2)
- NF EN 12770 : G 62001 : méthode d'essai applicable aux semelles d'usure-résistance à l'abrasion.

Perte de volume ≤ 280 mm3 pour chaussures à augmentation du volume de l'avant pied Perte de volume ≤ 450 mm3 pour chaussures post opératoire à décharge de l'avant pied ou du talon.

- NF EN ISO 17708 : Liaison tige/semelle > ou égale à 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.

Un rapport de conformité aux exigences ci-dessus, basé sur les résultats de tests réalisés par un laboratoire externe certifié, devra être établi par le fabricant.

III. Indications prises en charge

La prise en charge est assurée par paire pour les patients adultes (au-delà de leur dix-huitième anniversaire) dans les indications suivantes, dès lors qu'elles sont incompatibles avec le port de chaussures classiques du commerce :

- les pathologies neuromusculaires évoluées, les préventions de lésions, les lésions ou atteintes du pied liées à des pathologies neurologiques, vasculaires, métaboliques et orthopédiques avec risque évolutif en termes de douleur, de raideur et de troubles trophiques. Sont toutefois exclus les cas de déformations orthopédiques de l'avant-pied qui entraîneraient un conflit en cas d'appareillage comportant une orthèse plantaire.

La prise en charge est assurée pour les patients jusqu'à leur dix-huitième anniversaire dans les indications suivantes :

- les pathologies neurologiques créant un déficit et un déséquilibre neuromusculaire (ex. myopathies, infirmité motrice cérébrale (IMC)),
- 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.

IV. Modalités de prescription et d'utilisation

IV.1 Prescription

La prescription doit être libellée sur une ordonnance indépendante de celles comportant d'autres prescriptions. Elle répond à une finalité thérapeutique.

IV.2 Délivrance

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 d'une chaussure thérapeutique à usage prolongée n'intervient qu'à condition que sa délivrance soit précédée d'un essayage effectué dans le local de vente, en présence d'un professionnel habilité à délivrer ce dispositif médical. Les locaux des professionnels habilités à délivrer ces dispositifs sont équipés de manière à garantir l'intimité du patient lors de l'accueil et des essayages, et dans le respect des règles d'hygiène. Un espace minimum de déambulation est requis. Lorsque le patient n'est pas en capacité de se déplacer, un essayage au domicile du patient en présence d'un professionnel habilité est possible. Cet essayage de la chaussure thérapeutique doit permettre au patient d'apprendre à ajuster la chaussure thérapeutique à usage prolongé à son pied en fonction de sa pathologie et à l'utiliser.

Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignée au professionnel habilité à délivrer ces dispositifs, il ne peut y avoir de prise en charge de ces dispositifs lorsqu'ils sont achetés à distance.

IV.3 Durée de prise en charge

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 à compter de la date de livraison. La prise en charge des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) est assurée pour les enfants de moins de 18 ans, le renouvellement est assuré en fonction de la croissance.

V. Garantie

La garantie (fournitures et main-d'œuvre) 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

La prise en charge est assurée pour l'option suivante :

Société Adour Pied Confort Francis Lavigne (A.P.C.F.L.)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2112217	CHUP, APCFL, AIRE, modèle 1, la paire. Chaussure thérapeutique de série à usage prolongé, AIRE, de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne SARL, la paire. La prise en charge est assurée pour les références AIRE Version 1, référence 63V21, noir ou beige, pointures du 35 à 42.	**71,65**	**30-07-2024**
2109238	CHUP, APCFL, DAX, modèle 1-2-3, la paire. Chaussure thérapeutique de série à usage prolongé, DAX, de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne SARL, la paire. La prise en charge est assurée pour les références DAX 1 (200VD; DAX version D), DAX 2 (200VE; DAX version E) et DAX 3 (200VF; DAX version F), noir, pointures du 35 au 48	**71,65**	**30-07-2024**
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 (2010VD; DOUAI version D), DOUAI 2 (210VE; DOUAI version E) et DOUAI 3 (210VF; DOUAI version F), noir, pointures du 35 au 48.	**71,65**	**30-07-2024**

Société FINN COMFORT France (FINN COMFORT)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2174856	CHUP, adulte FINN COMFORT, modèles FINN ORTHO, la paire CONDITIONNEMENT : une paire par boite comprenant une paire de semelles amovibles, avec possibilité d'avoir une paire de chaussures en pointures dépareillées. La hauteur de talon est de 20 mm. La hauteur des pointes de pied est de 12 mm. Pointures de 35,5 à 47 en fonction des références. REFERENCES PRISES EN CHARGE - avec lacets : 97701, 97911 avec semelle rigide - avec fermeture à scratchs : 97700, 97910 (avec semelle rigide)	**71,65**	**15-11-2022**
2107908	CHUP, adulte FINN COMFORT, mod PROPHYLAXE 96100 – 96101 – 96102 – 96103, la paire CONDITIONNEMENT : une paire par boite comprenant une paire de semelles amovibles, avec possibilité d'avoir une paire de chaussures en pointures dépareillées. La hauteur de talon est de 25 mm pour les références 96101 et 96102. Elle est de 19 mm pour les références 96100 et 96103. Pointures de 35 à 50 en fonction des références. REFERENCES PRISES EN CHARGE - avec lacets : 96100, 96101 - avec fermeture à scratchs : 96102, 96103	**71,65**	**15-11-2022**
2186167	CHUP, adulte FINN COMFORT, modèles PROPHYLAXE 96524- 96525, la paire CONDITIONNEMENT : une paire par boite comprenant une paire de semelles amovibles, avec possibilité d'avoir une paire de chaussures en pointures dépareillées. La hauteur de talon est de 25 mm.	**71,65**	**15-11-2022**

	Pointures de 35,5 à 42 en fonction des références. REFERENCES PRISES EN CHARGE - avec lacets : 96524 - avec fermeture à scratchs : 96525		
2182620	CHUP, adulte FINN COMFORT, modèles PROPHYLAXE 97307- 97308, la paire CONDITIONNEMENT : une paire par boite comprenant une paire de semelles amovibles, avec possibilité d'avoir une paire de chaussures en pointures dépareillées. La hauteur de talon est de 19 mm. Pointures de 39 à 50 en fonction des références. REFERENCES PRISES EN CHARGE - avec lacets : 97307 - avec fermeture à scratchs : 97308.	**71,65**	**15-11-2022**

Société MAYZAUD

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2117048	CHUP en abduction à bord interne convexe, enfant, MAYZAUD, la paire. REFERENCES 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.	**71,65**	**31-03-2022**
2129821	CHUP à bord interne rectiligne, enfant, MAYZAUD, la paire REFERENCES 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.	**71,65**	**31-03-2022**
2161500	CHUP, adulte, MAYZAUD, PANTORZOTE, la paire REFERENCES PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - 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.	**71,65**	**31-03-2022**

Société NEUT

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2121831	CHUP, PODIABETES COURMAYEUR, NEUT, la paire Chaussures thérapeutiques à usage prolongé modèles Podiabètes/Courmayeur, modèle homme de la société NEUT.	**71,65**	**31-03-2022**

	REFERENCES PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : 49333507 GN Pointures 39 à 45 (noir).		
2141934	CHUP, PODIABETES CORTINA, NEUT, la paire Chaussures thérapeutiques à usage prolongé modèles Cortina/Podiabètes modèle femme de la société NEUT. REFERENCES PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : 49333505 SN Pointures 35 à 41 (noir)	**71,65**	**31-03-2022**

Société FARGEOT & CIE (FARGEOT)

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2188166	CHUP, adulte FARGEOT, modèle OCTAVIO_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris noir : du 39 au 46 sous les références 3376122172909 ; 3376122172916 ; 3376122172923 ; 3376122172930 ; 3376122172947 ; 3376122172954 ; 3376122172961 ; 3376122172978. Coloris marron : du 39 au 46 sous les références 3376122173708 ; 3376122173715 ; 3376122173722 ; 3376122173739 ; 3376122173746 ; 3376122173753 ; 3376122173760 ; 3376122173777.	**71,65**	**31-07-2024**
2132645	CHUP, adulte FARGEOT, modèle ORFEO_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris noir : du 39 au 46 sous les références 3376122172985 ; 3376122172992 ; 3376122173005 ; 3376122173012 ; 3376122173029 ; 3376122173036 ; 3376122173043 ; 3376122173050. Coloris marron : du 39 au 46 sous les références 3376122173784 ; 3376122173791 ; 3376122173807 ; 3376122173814 ; 3376122173821 ; 3376122173838 ; 3376122173845 ; 3376122173852.	**71,65**	**31-07-2024**
2132987	CHUP, adulte FARGEOT, modèle VANDA_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris noir : du 35 au 42 sous les références 3376122173227 ; 3376122173234 ; 3376122173241 ; 3376122173258 ; 3376122173265 ; 3376122173272 ; 3376122173289 ; 3376122173298. Coloris bronze : du 35 au 42 sous les références 3376122173388 ; 3376122173395 ; 3376122173401 ; 3376122173418 ; 3376122173425 ; 3376122173432 ; 3376122173449 ; 3376122173456. Coloris marine : du 35 au 42 sous les références 3376122173302 ; 3376122173319 ; 3376122173326 ; 3376122173333 ; 3376122173340 ; 3376122173357 ; 3376122173364 ; 3376122173371.	**71,65**	**31-07-2024**
2155652	CHUP, adulte FARGEOT, modèle VELINA_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris noir : du 35 au 42 sous les références 3376122173463 ; 3376122173470 ; 3376122173487 ; 3376122173494 ; 3376122173500 ; 3376122173517 ; 3376122173524 ; 3376122173531.	**71,65**	**31-07-2024**
2124120	CHUP, adulte FARGEOT, modèle VENEZIA_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris bordeaux : du 35 au 42 sous les références 3376122173623 ; 3376122173630 ; 3376122173647 ; 3376122173654 ; 3376122173661 ; 3376122173678 ; 3376122173685 ; 3376122173692. Coloris marine : du 35 au 42 sous les références 3376122173548 ; 3376122173555 ; 3376122173562 ; 3376122173579 ; 3376122173586 ; 3376122173593 ; 3376122173609 ; 3376122173616.	**71,65**	**31-07-2024**
2195918	CHUP, adulte FARGEOT, modèle VALENTINA_D, la paire RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Coloris noir : du 35 au 42 sous les références 3376122173067 ; 3376122173074 ; 3376122173081 ; 3376122173098 ; 3376122173104 ; 3376122173111 ; 3376122173128 ; 3376122173135. Coloris bronze : du 35 au 42 sous les références 3376122173142 ; 3376122173159 ; 3376122173166 ; 3376122173173 ; 3376122173180 ; 3376122173197 ; 3376122173203 ; 3376122173210.	**71,65**	**31-07-2024**

I. – Appareil de marche monté sur chaussures de série non thérapeutiques

1. Généralités

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.

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. Spécifications techniques

Le talon de ces chaussures doit obligatoirement être monté en cuir.

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.

2.2. 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.

3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2178601 201I00	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	**35,67**	**31-07-2025**

J. – Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés

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. 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.

3. Spécifications techniques

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).

3.2. Tolérance

L'étoffe ne doit susciter aucune réaction d'intolérance.

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.

3.4. Vieillissement du produit

3.4.1. 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.

3.4.2. 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).

3.4.3. 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.

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.
3.5.2. Après 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.
3.5.3. L'indice de solidité des teintures à la lumière, selon la norme NF G 07 067, est au minimum de 4.

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.

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.

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.

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.

Vêtements compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2167678 201J00.1	Vêtement compressif, gilet sans manche	**165,05**	**31-07-2018**
2185908 201J00.2	Vêtement compressif, short	**142,91**	**31-07-2018**
2127733	Vêtement compressif, mitaine	**46,27**	**31-07-2018**

201J00.3			
2112269 201J00.4	Vêtement compressif, gant ouvert ou fermé	**83,33**	**31-07-2018**
2181945 201J00.5	Vêtement compressif, chaussette haute	**57,03**	**31-07-2018**
2134549 201J00.6	Vêtement compressif, cagoule	**163,72**	**31-07-2018**
2130267 201J00.7	Vêtement compressif, mentonnière avec bride(s)	**41,70**	**31-07-2018**
2145493 201J00.8	Vêtement compressif, collier	**46,19**	**31-07-2018**

Suppléments aux vêtements compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2126751 201J01.1	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche courte	**7,64**	**31-07-2018**
2123712 201J01.2	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche longue	**20,47**	**31-07-2018**
2106719 201J01.3	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, patte sous-cuisse	**24,89**	**31-07-2018**
2103661 201J01.4	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, confection poitrine femme	**16,48**	**31-07-2018**
2193693 201J01.5	Vêtement compressif, supplément short, jambe courte	**15,66**	**31-07-2018**
2133248 201J01.6	Vêtement compressif, supplément short, jambe longue	**22,34**	**31-07-2018**
2102986 201J01.7	Vêtement compressif, supplément chaussette haute, pied	**55,33**	**31-07-2018**
2190602 201J01.8	Vêtement compressif, supplément manchette (pour mitaine ou gant ouvert ou fermé)	**24,89**	**31-07-2018**
2122658 201J01.9	Vêtement compressif, supplément gant ouvert ou fermé, séparateur interdigital	**62,33**	**31-07-2018**
2151772 201J01.10	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, conformateur sternal	**88,74**	**31-07-2018**

Chapitre 2. – Optique médicale

Spécifications techniques

I. Lunettes

I- Définition des dispositifs médicaux de correction optique

Les équipements d'optique médicale sont des dispositifs médicaux comme définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique. Ils sont composés d'une monture et de deux verres correcteurs.
La monture doit être dépourvue de verre et conçue pour être équipée de verres de spécification conformément à la norme ISO 12870 en vigueur.
Les verres finis sont des dispositifs médicaux définis par la norme ISO 13666 en vigueur.
L'équipement optique doit permettre de corriger des défauts de réfraction, de compenser, d'améliorer ou de traiter un autre état pathologique de l'œil.
La qualité de l'équipement optique complet garantit une prestation suffisante, appropriée et fonctionnelle de l'assuré. Les différents paramètres de la prestation d'équipement doivent être adaptés en fonction de la correction optique et de la morphologie du patient.
Les dispositifs médicaux utilisés en optique médicale sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils vérifient l'ensemble des spécificités techniques minimales décrites aux paragraphes suivants. Deux classes de verres et deux classes de montures sont identifiées : les classes A (pour les verres et pour les montures) et les classes B (pour les verres et pour les montures). Sauf mention contraire, les présentes dispositions s'appliquent aux dispositifs de classe A et de classe B.

II. - Spécifications techniques relatives aux verres

II.1. - Spécifications applicables à l'ensemble des verres (classes A et B)

Les types de verres
Les différents types de verres pris en charge en classe A et en classe B sont :
-verres unifocaux blancs
-verres multifocaux blancs (qui s'entendent au sens des présentes spécifications des verres bifocaux, trifocaux ou dégressifs
-verres progressifs blancs.

Les verres photochromiques sont inclus dans la présente nomenclature dans la catégorie verre blanc.
Des exceptions existent pour la prise en charge des verres teintés et sont décrites au paragraphe VII.
Les matériaux :
Les trois matériaux de verres pris en charge sont :
1. Verres minéraux :
Ce matériau est solide et résistant aux agressions chimiques, mais il est également cassant et lourd. En raison de la fragilité du verre, ce matériau est contre-indiqué chez l'enfant et ne fait pas l'objet d'une prise en charge chez l'enfant. Par ailleurs, il est déconseillé aux sportifs et dans toutes les professions à risque de choc.
2. Verres organiques :
Les verres organiques sont légers et résistants aux chocs, ces verres peuvent recevoir des teintes variées et offrir, même transparents, une protection à 100 % contre les UVB et dans une moindre mesure contre les UVA.
3. Verres thermoplastiques type polycarbonate :
Les verres en polycarbonate sont légers et résistants aux chocs. Ils permettent une protection à 100 % contre les UVB et dans une moindre mesure contre les UVA.

Les verres de classes A et B sont conformes aux normes ci-dessous dans leur version en vigueur :
- résistance mécanique (norme UNE-EN ISO 14889) ;
- prestations optiques (norme UNE-EN ISO 8980-1 et 2) ;
- inflammabilité (norme UNE-EN ISO 14889) ;
- compatibilité physiologique (norme UNE-EN ISO 14889) ;
spécifications de transmission (norme UNE-EN ISO 14889 et UNE-EN ISO 8980-3 et 4).

Les traitements ou revêtements des verres :
Les verres de classes A et B sont en outre conformes aux spécifications techniques suivantes :

- traitement anti-rayures dans le cas de verres organiques et en polycarbonate (norme ISO 8980-5 en vigueur) sauf cas particulier des verres de forte correction (sphère > 16D en valeur absolue, ou cylindre > 6D, ou prisme > 5D) ;
- traitement anti-UV (norme NF EN ISO 14889 en vigueur).

II.2. - Spécifications complémentaires requises pour les seuls verres de classe A

Les spécifications techniques suivantes sont en outre requises pour la prise en charge des verres de classe A :
-Traitement anti-reflets (norme ISO 8980-4 en vigueur) sur les deux faces du verre (sauf cas particulier des verres de forte correction, pour lesquelles ce traitement n'est pas requis : sphère > 16D en valeur absolue, ou cylindre > 6D, ou prisme > 5D) ;
- un indice de réfraction minimal défini au regard du niveau de correction visuelle du patient, selon les modalités suivantes :

- cas des sphères négatives sans astigmatisme :

Sphère (dioptrie)	Indice de réfraction
] 0 à -2,00]	≥ 1,5
] -2,00 à -4,00]	≥ 1,59
] -4,00 à -8,00]	≥ 1,67
] -8,00 à -12,00]	≥ 1,74
< -12,00	le choix de la technique d'amincissement est laissé à la libre appréciation de l'opticien-lunetier

cas des sphères négatives avec astigmatisme :

Sphère (dioptrie)	Cylindre (+)	Indice de réfraction
[0 à -2,00]	[0,25 à 4]	≥ 1,5
[0 à -2,00]	> 4	≥ 1,59
] -2,00 à -4,00]	> 0	≥ 1,59
] -4,00 à -8,00]	> 0	≥ 1,67
] -8,00 à -12,00]	> 0	≥ 1,74
< -12,00	> 0	le choix de la technique d'amincissement est laissé à la libre appréciation de l'opticien-lunetier

Cas des sphères positives sans astigmatisme :

Sphère (dioptrie)	Indice de réfraction
] 0 à +2,00]	≥ 1,5

] +2,00 à +4,00]	≥ 1,59
] +4,00 à +8,00]	≥ 1,67
] +8,00 à +12,00]	≥ 1,74
> +12,00	le choix de la technique d'amincissement est laissé à la libre appréciation de l'opticien-lunetier

Cas des sphères positives avec astigmatisme :

Pour chaque verre considéré séparément, en notant S la somme “sphère + cylindre” (la convention des cylindres positifs est appliquée, et S est exprimée en dioptries), l'indice de réfraction minimal est obtenu selon la règle suivante

Sphère (dioptrie)	Indice de réfraction
[0 à +2,00]	≥ 1,5
] +2,00 à +4,00]	≥ 1,59
] +4,00 à +8,00]	≥ 1,67
] +8,00 à +12,00]	≥ 1,74
> +12,00	le choix de la technique d'amincissement est laissé à la libre appréciation de l'opticien-lunetier

Pour les verres multifocaux, par dérogation aux dispositions relatives aux conditions d'indices minimaux du présent paragraphe (II.2), l'indice de réfaction minimal demandé ne peut être supérieur à 1,60.
Dans l'ensemble de la présente section, la correction optique est exprimée avec la convention des cylindres positifs. Cette convention est rappelée par le signe : (+).

III. - Spécifications relatives aux montures

III.1. – Montures

Les montures doivent répondre à la norme NF EN ISO 12870 en vigueur comprenant les types de construction, les désignations et la compatibilité physiologique. Les matériaux utilisés et le mode de construction des lunettes doivent garantir l'ajustabilité de la monture sur le visage du porteur et la sécurité au patient.
Les montures de lunettes doivent être conçues et fabriquées de telle manière que lorsqu'elles sont utilisées dans les conditions et les buts prévus, elles ne mettent pas en danger la santé du porteur. Les risques dus aux substances qui se dégagent du dispositif et sont susceptibles d'entrer en contact prolongé avec la peau doivent être réduits au minimum par le fabricant et, le cas échéant, être conformes aux limites fixées par toute exigence réglementaire appropriée. Une attention particulière doit être prêtée aux substances connues pour être allergènes, cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

La liste suivante, fournie à titre d'information, donne des exemples de documents qui peuvent être étudiés lors du contrôle de l'innocuité des matériaux :

-les spécifications des matériaux utilisés
-les fiches de données de sécurité des matériaux ;
-les informations relatives à la possibilité d'utiliser les matériaux dans les dispositifs médicaux ;
-les informations concernant les recherches effectuées sur les matériaux pour décider de leurs effets toxicologiques, allergéniques, cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

III.2. - Cas spécifique des enfants

Il sera privilégié des montures en matériau souple ou incassable, résistantes et assurant une bonne stabilité sur le visage.
Pour les enfants de moins de 2 ans, il convient de privilégier une monture en matière plastique souple de type “gomme”.
Pour les enfants de 2 à 4 ans, il convient de privilégier une monture en matière plastique exclusivement, ayant des spécificités permettant de s'adapter à la morphologie des jeunes enfants, comme par exemple : pont bas et anti dérapant, cercles rapprochés et arrondis dans la partie supérieure, tenons de branche au milieu du calibre, branches souples (charnière flexible noyée ou avec une protection en cas de chute), bas du cercle sans contact avec les joues, branches avec une longueur adaptée afin de procéder à un ajustage spécifique ne permettant pas à l'enfant de regarder par-dessus ou par-dessous, en position primaire.

IV. - Référencement des verres de classe A en vue de leur prise en charge

Les verres commercialisés par chaque fabricant, et ayant vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée (classe A) mentionnée à l'article L. 165-1 au titre de la présente section, doivent être référencés auprès des ministres en charge de la santé et la sécurité sociale par leur fabricant.
Les verres de classe A font l'objet de la soumission d'un dossier technique, selon un format fixé par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, permettant d'attester leur conformité aux présentes dispositions.
La publication des verres référencés se fera sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé avec une mise à jour régulière.
Pour chaque correction d'un trouble visuel (sphère, cylindre), un fabricant ne peut commercialiser des verres en classe B que s'il référencie au moins un verre de classe A de correction identique. Un fabricant doit pouvoir fournir rapidement aux distributeurs l'ensemble des verres qu'il a référencés.
Seuls les verres référencés peuvent être pris en charge en classe A.

V. - Conditions de prescription

V1. - Qualification et compétences du prescripteur

Les dispositions en vigueur s'appliquent.

V2. - Contenu de la prescription

La prescription indiquera au minimum :
-la correction pour l'œil droit et/ou l'œil gauche pour une vision de loin et/ou de près ;
la monture (si prescrite).
-Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre produit de santé.

VI. - Conditions de délivrance

Les articles L. 4362-9 à L. 4362-11, R. 4362-14 à R. 4362-21 et D. 4362-12 à D. 4362-13 du code de la santé publique sont applicables.
Lors de la première délivrance liée à une ordonnance pour l'enfant de moins de 16 ans, l'ordonnance doit avoir été émise dans un délai inférieur à six mois.

VI.1 – Devis

Le devis présenté au patient, avant toute délivrance, doit contenir au moins une offre composée d'un équipement de classe A (deux verres de classe A et une monture de classe A). Le devis peut contenir une autre offre comme par exemple un équipement mixte classe A/classe B. L'opticien-lunetier doit être en mesure de délivrer, dans tous les cas, un équipement de classe A adapté au patient.

Le devis spécifie les données relatives à l'identification des montures et des verres (nom et adresse du fabricant, nom et adresse du mandataire si le fabricant est hors UE, marque commerciale, modèle et référence du catalogue du fabricant, caractéristiques essentielles des verres et de la monture).

VI.2. - Présence d'un nombre minimum de montures de classe A au sein de chaque point de distribution

Chaque opticien-lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants.
Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à 2 fois, pour deux coloris différents. Au moins 17 modèles différents doivent être disponibles pour les adultes, et au moins 10 modèles différents pour les enfants.
L'ensemble de ces montures doivent être exposées au sein du point de vente, qu'il soit physique ou non, et accessibles au patient.
Si le point de vente est destiné exclusivement à la vente d'équipements pour les adultes, d'une part, ou pour les enfants (jusqu'à 16 ans), d'autre part, seules les obligations de présentation de lunettes respectivement pour les adultes, ou pour les enfants, sont applicables.

VII. - Conditions de prise en charge

VII.1. - Indications de prise en charge

La prise en charge des équipements optique est assurée uniquement pour les indications suivantes :

astigmatisme ;
hypermétropie ;
myopie ;
presbytie ;
amblyopie.

Cas particuliers :
a. La prise en charge de la correction prismatique est assurée uniquement en cas de strabisme avec diplopie.
b. La prise en charge des verres progressifs est assurée pour les enfants jusqu'à 16 ans uniquement en cas d'incomitance loin-près.
c. La prise en charge des verres teintés est assurée uniquement :
Pour les affections oculaires congénitales ou acquises engendrant une photophobie permanente (albinisme, rétinopathies pigmentaires, aniridie, kératopathies chroniques, remaniement post-traumatique du segment antérieur) ;
- en cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge après chirurgie de la cataracte, de pathologies rétiniennes avancées avec malvoyance, de strabisme divergent intermittent et de myopies ou hypermétropies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie.
d. La prise en charge des équipements sans effet correcteur est assurée uniquement dans les cas suivants :
- verres neutres avec prismes incorporés ;
- verres teintés, dans les cas pathologiques cités au c ;
- verre plan en cas d'atteinte oculaire unilatérale (dans la limite de la délivrance d'un verre par patient).
e. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

VII.2. - Cas des autres dispositifs médicaux

Les produits de nettoyage et d'entretien des lunettes ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge.

VII.3. - Dispositifs de classe A et de classe B

Sous réserve des dispositions du paragraphe VI.1, et des autres conditions de prise en charge, un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

VIII. - Conditions de renouvellement de la prise en charge

VIII.1. - Conditions générales de renouvellement des équipements

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

VIII.2. - Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique

Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent (VIII.1), le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent (VIII.1), pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent (VIII.1), aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;

- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire

VIII.3. - Précisions sur les conditions d'application

La délivrance sans ordonnance d'un équipement optique en cas de perte ou de bris de verres correcteurs ne permet pas une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire si elle survient avant la durée minimale de renouvellement applicable.
Par dérogation à cette disposition, un équipement complet (respectivement une monture et deux verres) peut être pris en charge au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement en cas de bris pour les patients ayant un trouble neurologique grave avec atteinte de la motricité fine ou une déficience intellectuelle sévère.
Pour les patients pour lesquels la prise en charge de plusieurs équipements est autorisée en application du e. du paragraphe VII.1, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. Pour ces patients, la délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de deux équipements (pour la vision de près, pour la vision de loin) est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement en application des conditions mentionnées au présent paragraphe VIII est échue pour chacun des deux équipements.
Lorsque les deux verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier verre délivré

IX. - Garanties

« IX.1. - Garantie relative aux verres de classe A

Les verres progressifs de classe A sont garantis dans les 3 premiers mois suivant l'achat dans le cas d'une inadaptation visuelle.

IX.2. - Garantie relative aux montures de classe A

L'opticien-lunetier garantit un remplacement total ou partiel de la monture en cas de casse pendant une période de 2 ans. Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit. Cette garantie n'est valable qu'une fois dans la période de 2 ans

IX.3. - Transcription des garanties sur la facture remise à l'assuré

La facture remise à l'assuré par l'opticien-lunetier spécifie clairement les garanties dont bénéficie l'assuré. Les garanties mentionnées aux paragraphes IX.1 et IX.2 sont en particulier mentionnées séparément lorsqu'elles sont applicables.

X. - Qualité et traçabilité

X.1. - Conditions de traçabilité

La prise en charge est subordonnée au respect des dispositions suivantes :

le fabricant doit fournir lors de la livraison des dispositifs au distributeur un bon de livraison comportant toutes les informations nécessaires à la bonne traçabilité du produit au sens de l'arrêté du 28 avril 2017 relatif à la nature des informations d'identification et de traçabilité des produits d'optique-lunetterie et d'appareillage des déficients de l'ouïe ;

- le distributeur d'équipement doit fournir une « carte de vue » et une facture au patient.
- la carte spécifie a minima :
- des données de corrections optiques au moment de la délivrance de l'équipement (sphère, cylindre) ;
- des données d'identification du patient (nom et prénom) ;
- des données relatives à l'identification des verres (nom du fabricant, nom du modèle)

la facture ou la note d'information prévue par l'arrêté du 28 avril 2017 relatif à la nature des informations d'identification et de traçabilité des produits d'optique-lunetterie et d'appareillage des déficients de l'ouïe spécifie notamment
- les deux demi écarts pupillaires ;
- des données relatives à l'identification des montures et des verres (provenance géographique des dispositifs et origine géographique des fabricants, nom du fabricant, nom du modèle)

X.2. - Suivi de la qualité des équipements et de la prestation

Une enquête permettant de suivre la qualité des équipements et de la prestation délivrée par l'opticien-lunetier est réalisée après la délivrance de chaque équipement. Les modalités de réalisation de ce questionnaire sont fixées par arrêté.

Les dispositifs appartenant à la classe A (verres de la sous-section 1 et montures dans la sous-section 3) font l'objet d'une prise en charge renforcée mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

II. 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.

III. Matériels pour amblyopie

1. Système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'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.

Nomenclature et tarifs

Section 1. – Lunettes

Sous-section1 – Verres de classe A

Paragraphe 1 : Verres unifocaux

1) sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en€ TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2263287	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à -2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**9,75**	**32,50**	**01-01-2025**
2254911	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**11,25**	**37,50**	**01-01-2025**
2201814	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**14,25**	**47,50**	**01-01-2025**
2214840	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**14,25**	**47,50**	**01-01-2025**
2223394	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**29,25**	**97,50**	**01-01-2025**
2254727	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**29,25**	**97,50**	**01-01-2025**

2229362	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à +2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**9,75**	**32,50**	**01-01-2025**
2238444	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**11,25**	**37,50**	**01-01-2025**
2238823	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**14,25**	**47,50**	**01-01-2015**
2260509	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**14,25**	**47,50**	**01-01-2025**
2274380	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**29,25**	**97,50**	**01-01-2025**
2203316	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**29,25**	**97,50**	**01-01-2025**

2) sphéro-cylindriques, (convention cylindre positive)

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2234050	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère [0 à - 2,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**11,25**	**37,50**	**01-01-2025**
2231235	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**12,75**	**42,50**	**01-01-2025**
2217525	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**15,75**	**52,50**	**01-01-2025**
2241392	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**15,75**	**52,50**	**01-01-2025**
2277266	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**30,75**	**102,50**	**01-01-2025**
2220384	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre unifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**30,75**	**102,50**	**01-01-2025**
2218559	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2 Verre unifocal classe A, sphère positive et S ≤ 2 où S = Sphère + Cylindre Indice de réfraction ≥ 1,50	**11,25**	**37,50**	**01-01-2025**
2254584	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00] Verre unifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**12,75**	**42,50**	**01-01-2025**
2258406	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00] Verre unifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**15,75**	**52,50**	**01-01-2025**
2203871	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00] Verre unifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**15,75**	**52,50**	**01-01-2025**
2231258	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00] Verre unifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**30,75**	**102,50**	**01-01-2025**
2215905	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S > +12,00 Verre unifocal classe A, sphère positive et S > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**30,75**	**102,50**	**01-01-2025**
2255520	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**15,75**	**52,50**	**01-01-2025**
2284071	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**17,25**	**57,50**	**01-01-2015**
2266080	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,67	**20,25**	**67,50**	**01-01-2025**
2238409	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,67	**20,25**	**67,50**	**01-01-2025**

2293390	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,74	**35,25**	**117,50**	**01-01-2025**
2236586	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**35,25**	**117,50**	**01-01-2025**

Paragraphe 2: Verres multifocaux (hors progressifs) : double-foyers, triple-foyers, dégressifs

1) Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2245190	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**13,50**	**45,00**	**01-01-2025**
2235977	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**15,00**	**50,00**	**01-01-2025**
2232648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2234357	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2217229	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2272398	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**30,00**	**100,00**	**01-01-2025**
2267240	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] 0 à +2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**13,50**	**45,00**	**01-01-2025**
2264884	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**15,00**	**50,00**	**01-01-2025**
2241009	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2209193	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2253248	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2237829	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**30,00**	**100,00**	**01-01-2025**

2) Verres sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2216885	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**

	Verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,50			
2245875	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**19,50**	**65,00**	**01-01-2025**
2223626	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2201754	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2261087	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2247093	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre multifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**34,50**	**115,00**	**01-01-2025**
2234475	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2 Verre multifocal classe A, sphère positive et S ≤ 2 Indice de réfraction ≥ 1,50	**18,00**	**60,00**	**01-01-2025**
2225648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00] Verre multifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**19,50**	**65,00**	**01-01-2025**
2228931	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00] Verre multifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2287514	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00] Verre multifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2275847	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00] Verre multifocal classe A, sphère positive et S compris entre] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,60	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2237775	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**34,50**	**115,00**	**01-01-2025**
2288293	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2204563	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**24,00**	**80,00**	**01-01-2025**
2292544	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,60	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2234245	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,60	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2256910	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,60	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2256560	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**

Paragraphe 3 Verres progressifs

1 - Sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2249229	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère [0 à -2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2296803	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00 Indice de réfraction ≥ 1,59	**24,00**	**80,00**	**01-01-2025**
2282913	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2272748	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**

	Indice de réfraction ≥ 1,67			
2248030	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00 Indice de réfraction ≥ 1,74	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**
2243511	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**
2210635	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] 0 à +2,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**22,50**	**75,00**	**01-01-2025**
2279934	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**24,00**	**80,00**	**01-01-2025**
2217376	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2221917	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2274730	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**
2221604	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**

2 - Sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2236362	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,50	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2210061	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**28,50**	**95,00**	**01-01-2025**
2215957	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**31,50**	**105,00**	**01-01-2025**
2252177	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**31,50**	**105,00**	**01-01-2025**
2216359	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**43,50**	**145,00**	**01-01-2025**
2236066	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00] Verre progressif classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) [0,25 à 4,00] Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**43,50**	**145,00**	**01-01-2025**
2209342	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S ≤ 2 Verre progressif classe A, sphère positive et S ≤ 2 Indice de réfraction ≥ 1,50	**27,00**	**90,00**	**01-01-2025**
2286118	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00] Verre progressif classe A, sphère positive et S compris entre] +2,00 à +4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59	**28,50**	**95,00**	**01-01-2025**
2244203	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00] Verre progressif classe A, sphère positive et S compris entre] +4,00 à +6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67	**31,50**	**105,00**	**01-01-2025**
2218950	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	**31,50**	**105,00**	**01-01-2025**

	Verre progressif classe A, sphère positive et S compris entre] +6,00 à +8,00] Indice de réfraction ≥ 1,67			
2297910	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00] Verre progressif classe A, sphère positive et S compris entre] +8,00 à +12,00] Indice de réfraction ≥ 1,74	**43,50**	**145,00**	**01-01-2025**
2228411	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S > +12,00 Verre progressif classe A, sphère positive et S > +12,00 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**43,50**	**145,00**	**01-01-2025**
2268273	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**34,50**	**115,00**	**01-01-2025**
2229209	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et CYL (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,59	**36,00**	**120,00**	**01-01-2025**
2295175	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,67	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**
2224270	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,67	**39,00**	**130,00**	**01-01-2025**
2299196	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4 Indice de réfraction ≥ 1,74	**51,00**	**170,00**	**01-01-2025**
2234334	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4 Le choix de la technique d'amincissement adaptée est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier	**51,00**	**170,00**	**01-01-2025**

Paragraphe 4 - Verres neutres

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2263927	OPTIQUE, verre neutre de classe A A utiliser uniquement en association avec les codes 2269025 et 2204066, ou lorsque l'un des deux yeux seulement ne nécessite pas de correction. (L'autre verre est de classe A.) Il n'est pas possible de facturer deux verres neutres pour un équipement	**6,00**	**20,00**	**01-01-2025**

Sous-section 2 - Verres de classe B

Paragraphe 1 - Verres unifocaux

1 - Sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2264803	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] 0 à -2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2225329	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -2,00 à -4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2288353	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -4,00 à -6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2233033	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -6,00 à -8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2292053	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -8,00 à -12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2241162	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère < -12,00	**0,05**	**01-01-2025**

2258895	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] 0 à +2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2293555	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2200335	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2203486	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2234044	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2237947	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**

2 - Sphéro-cylindriques (convention cylindre positive)

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2208756	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2209460	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2218542	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00	**0,05**	**01-01-2025**
2286800	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2257447	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2255856	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2229824	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S ≤ 2	**0,05**	**01-01-2025**
2262678	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2281598	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2247041	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2241529	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2249152	OPTIQUE, verre unifocal classe B, SPH positive et S > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**

2211190	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2210983	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2243920	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2276048	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2224778	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2224287	OPTIQUE, verre unifocal classe B, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**

Paragraphe 2 - Verres multifocaux (hors progressifs) : double-foyers, triple-foyers, dégressifs

1 - Sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2267552	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère [0 à -2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2234788	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -2,00 à -4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2214515	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -4,00 à -6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2266989	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -6,00 à -8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2220088	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -8,00 à -12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2268505	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère < -12,00	**0,05**	**01-01-2025**
2279650	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] 0 à +2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2226910	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2251924	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2205321	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2264401	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2267492	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**

2 - Sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2288695	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**

2291674	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2213711	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2259340	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2265412	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH] -8,00 à -12,00] CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2218849	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2215213	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S ≤ 2	**0,05**	**01-01-2025**
2234021	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2297530	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2222176	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2215503	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2284697	OPTIQUE, verre multifocal classe B, SPH positive et S > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**
2212025	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2229155	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2291065	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2282920	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2299925	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2243623	OPTIQUE, verre multifocal classe B, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**

Paragraphe 3 - Verres progressifs

1 - Sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge

2263494	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère [0 à -2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2240323	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -2,00 à -4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2297263	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -4,00 à -6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2295525	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -6,00 à -8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2241742	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -8,00 à -12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2269516	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère < -12,00	**0,05**	**01-01-2025**
2224732	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] 0 à +2,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2222118	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2219062	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2202430	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2256420	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2293414	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**

2 - Sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2203948	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2230750	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2210434	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2208064	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2288502	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2217809	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2292277	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S ≤ 2	**0,05**	**01-01-2025**
2269692	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2210109	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2226926	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	**0,05**	**01-01-2025**
2257750	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	**0,05**	**01-01-2025**

2285099	OPTIQUE, verre progressif classe B, SPH positive et S > +12,00	**0,05**	**01-01-2025**
2260691	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2240850	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2253834	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2245941	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2242760	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**
2270583	OPTIQUE, verre progressif classe B, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	**0,05**	**01-01-2025**

Paragraphe 4 - Verres neutres

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	Date de fin de prise en charge
2291480	OPTIQUE, verre neutre de classe B A utiliser uniquement en association avec les codes 2269025 et 2204066, ou lorsque l'un des deux yeux seulement ne nécessite pas de correction. (L'autre verre est de classe B) Il n'est pas possible de facturer deux verres neutres pour un équipement.	**0,05**	**01-01-2025**

Sous-section 3 - Montures

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2222124	OPTIQUE, monture adulte de classe A	**09,00**	**30,00**	**01-01-2025**
2254242	OPTIQUE, monture enfant de classe A	**09,00**	**30,00**	**01-01-2025**
2264223	OPTIQUE, supplément pour monture (de classe A) de lunettes à coque, < 6 ans	**06,00**	**20,00**	**01-01-2025**
2264861	OPTIQUE, monture adulte de classe B	**0,05**		**01-01-2025**
2276870	OPTIQUE, monture enfant de classe B	**0,05**		**01-01-2025**
2221745	OPTIQUE, supplément pour monture (de classe B) de lunettes à coque, < 6 ans	**0,05**		**01-01-2025**

Sous-section 4 - Suppléments

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2247905	OPTIQUE, prisme incorporé adulte. Quelle que soit la puissance	**3,96**		**01-01-2025**
2287862	OPTIQUE, prisme incorporé enfant. Quelle que soit la puissance	**16,01**		**01-01-2025**
2227920	OPTIQUE, prisme souple, < 6 ans.	**22,41**		**01-01-2025**
2200795	OPTIQUE, système antiptosis adulte	**77,29**		**01-01-2025**
2293957	OPTIQUE, système antiptosis enfant	**77,29**		**01-01-2025**
2278219	OPTIQUE, verres iséiconiques adulte. Sur devis	**Sur devis**		**01-01-2025**
2222408	OPTIQUE, filtre chromatique ou ultraviolet, < 18 ans	**9,15**		**01-01-2025**
2269025	OPTIQUE, filtre d'occlusion partielle, < 6 ans	**3,66**		**01-01-2025**
2204066	OPTIQUE, verres iséiconiques enfant. Sur devis	**Sur devis**		**01-01-2025**
2267641	OPTIQUE, supplément pour verres teintés	**1,50**	**5,00**	**01-01-2025**
2226435	OPTIQUE, prestation adaptation verres de classe A Prestation adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	**10,00**	**10,00**	**01-01-2025**
2209738	OPTIQUE, prestation adaptation verres de classe B Prestation adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	**0,05**	**10,00**	**01-01-2025**
2232252	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 1. Prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, niveau 1. La prestation est facturable une seule fois pour deux verres de classe A d'indice de réfraction différents. Cette prestation est utilisée lorsque les indices de réfraction minimaux de chacun des deux verres, de classe A, sont : - de 1,50 et de 1,59 (ou 1,60) ; ou - de 1,59 (ou 1,60) et de 1,67 ; ou - de 1,67 et de 1,74 ; ou - de 1,74 pour un verre et où le choix de la technique d'amincissement est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier pour l'autre verre (hors verre neutre).	**1,50**	**5,00**	**01-01-2025**
2222503	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 2. Prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, niveau 2. La prestation est facturable une seule fois pour deux verres de classe A d'indice de réfraction différents Cette prestation est utilisée lorsque les indices de réfraction minimaux de chacun des deux verres, de classe A, sont : - de 1,50 et de 1,67 ; ou - de 1,59 (ou 1,60) et de 1,74 ; ou - de 1,67 pour un verre et où le choix de la technique d'amincissement est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier pour l'autre verre (hors verre neutre).	**3,00**	**10,00**	**01-01-2025**
2206987	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 3. Prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, niveau 3. La prestation est	**4,50**	**15,00**	**01-01-2025**

	facturable une seule fois pour deux verres de classe A d'indice de réfraction différents. Cette prestation est utilisée lorsque les indices de réfraction minimaux de chacun des deux verres, de classe A, sont : - de 1,50 et de 1,74 ; ou - de 1,59 (ou 1,60) pour un verre et où le choix de la technique d'amincissement est laissé à l'appréciation de l'opticien-lunetier pour l'autre verre (hors verre neutre). Par dérogation, dans le cadre de cette prestation, lorsque l'appairage est effectué entre des verres dont les indices minimaux sont de 1,50 et 1,74, l'indice de réfraction minimal à appliquer aux deux verres est de 1,67.			

Section 2. – Lentilles de contact

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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 202B00	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.	**39,48**	**31-07-2020**

Section 3. – Matériels pour amblyopie

Sous-section 1 : Système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	La prise en charge est subordonnée à la prescription par un ophtalmologiste ou un orthoptiste.		
2202305 202C011	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 20, petite taille.	**3,67**	**31-07-2020**
2232855 202C012	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 20, grande taille.	**4,36**	**31-07-2020**
2292030	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 40, petite taille.	**7,34**	**31-07-2020**
2247934	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 40, grande taille.	**8,72**	**31-07-2020**
2285136	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 50, petite taille.	**9,18**	**31-07-2020**
2297866	Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 50, grande taille.	**10,90**	**31-07-2020**

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°.

Paragraphe 1 : Aides visuelles optiques

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2238958 202C02	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.	**7,62**	**31-07-2020**
2267397 202C02	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.	**45,73**	**31-07-2020**
2295815 202C02	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.	**76,22**	**31-07-2020**
2297926 202C02	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.	**76,22**	**31-07-2020**

Paragraphe 2 : Aides visuelles électroniques

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2289571 202C02	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.	**4,57**	**31-07-2020**
2256790 202C02	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.	**762,25**	**31-07-2020**

Paragraphe 3 : Autres appareillages pour déficients visuels

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2266676 202C02	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.	**3811,23**	**31-07-2020**

Chapitre 3. Aides auditives

I. - SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES DES AIDES AUDITIVES

Une aide auditive (ou audioprothèse) est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension. Le dispositif est de petite dimension et alimenté de façon autonome au moyen de batteries (piles ou accumulateurs). Il est en outre conforme à la norme NF EN 60118.

I.1. Type d'aides auditives

Les aides auditives sont de l'un des types suivants :
- contour d'oreille (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon) ;
- contour à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon) ;
- intra-auriculaire (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif).

I.2. Classification des aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes (classe I et classe II) selon leurs caractéristiques techniques. La classification dépend de la présence et du nombre d'options, selon les listes définies au paragraphe I.4 :
- classe I : une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A ;
- classe II : une aide auditive de classe II doit comporter au moins 6 options de la liste A, et au moins une option de la liste B (Pour les aides auditives disposant seulement de 8 canaux comme spécifié ci-dessous, l'option B requise est différente du réducteur de bruit impulsionnel. Spécifiquement pour les aides auditives de type intra-auriculaires semi-profond (ou CIC) et pour les aides auditives de type intra-auriculaires invisibles dans le canal (ou IIC), le nombre minimal d'options de la liste A requis pour une prise en charge au titre de la classe II est abaissé à 3 si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 3 options de la liste B, ou à 4 options de la liste A si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 2 options de la liste B.)

I.3. Spécifications techniques minimales

Les aides auditives doivent pouvoir faire l'objet de réglages individualisés notamment pour adapter la correction auditive au profil audiologique du patient. Ces réglages doivent pouvoir être différenciés selon des plages de fréquences.
L'ensemble des spécificités techniques ci-dessous sont requises pour les deux classes d'audioprothèses, à l'exception :

- des aides auditives « surpuissantes » (c'est-à-dire celles permettant une amplification d'au moins 70 dB), pour lesquelles un astérisque (*) identifie les caractéristiques techniques de la liste ci-dessous qui ne sont pas requises pour ce type d'appareil ;
- des aides auditives de type intra-auriculaire, pour lesquelles deux astérisques (**) identifient les caractéristiques techniques de la liste ci-dessous qui ne sont pas requises pour ce type d'appareil.

Système d'amplification :

- un système permettant l'amplification d'un son extérieur restitué au patient par l'écouteur à hauteur d'au moins 30 dB, c'est-à-dire un système permettant à un son extérieur émis à 70 dB d'être restitué au patient par l'écouteur à hauteur d'un niveau de sortie minimal de 100 dB SPL. Pour les contours d'oreilles classiques dits « surpuissants », indiqués pour les patients atteints de surdité profonde (perte auditive de plus de 90 dB en moyenne), l'amplification doit être de plus de 70 dB. Les gains sont mesurés au coupleur 2cc selon la norme NF EN 60118-0:2015 ;
- un dispositif d'abaissement fréquentiel non linéaire, permettant de décaler les fréquences aiguës vers des fréquences graves ;
- un système permettant d'ajuster les gains de l'aide auditive pour au moins trois niveaux d'entrée dans les canaux permettant la compression du signal ;
- une distorsion harmonique inférieure à 3 % pour les fréquences de 500, 800 et 1600 Hz permettant une restitution d'un son le plus naturel possible*

.Directivité :

- une directivité microphonique automatique (passage automatique du mode omni directionnel au mode directionnel en fonction de l'environnement sonore afin de privilégier le signal frontal) **.

Réducteur de bruit :

- un réducteur de bruit statique (élimine le bruit de fond des microphones), qui permet d'identifier un bruit d'un niveau et d'une bande de fréquences définie et de l'atténuer sélectivement dans les bandes de fréquences où il est présent. Cette fonctionnalité doit pouvoir être ajustée par l'audioprothésiste.

Systèmes :

- un système anti-Larsen par opposition de phase ou une autre technologie anti-Larsen ayant démontré qu'elle n'était pas inférieure au système par opposition de phase, permettant de réduire les sifflements intempestifs occasionnés par une boucle d'amplification générée entre l'écouteur et le microphone, sans interférer sur le signal d'origine. Le système anti-Larsen doit être efficace pour les larsens mécanique, électrique, magnétique, et acoustique ;
- au moins 12 canaux de réglages permettant une amplification du son différente. Par dérogation, le seuil requis peut être diminué à 8 canaux dès lors que l'aide auditive dispose d'une directivité microphonique adaptative, d'un réducteur de bruit impulsionnel, et d'au moins 5 options de la liste A ;
- au moins 2 programmes différents correspondants à : un environnement calme, un environnement bruyant. Pour les aides auditives composées d'une bobine d'induction, le nombre de programme minimaux est de 4 (programme T et MT)** ;
- un système d'enregistrement des données permettant l'enregistrement directement dans l'aide auditive de certaines données concernant leur utilisation et les conditions dans lesquelles elles ont été utilisées (notamment le nombre d'heures portées, le fonctionnement de la synchronisation binaurale le cas échéant, l'activation des programmes, le volume d'amplification utilisé) ;
- un indice d'étanchéité d'au moins IP57, répondant à la norme NF EN 60529** ;
- un système de limitation du niveau de sortie maximum ajustable par l'audioprothésiste permettant d'assurer que le niveau de sortie maximum ne dépasse pas les limites de la dynamique auditive résiduelle.

Uniquement pour les enfants jusqu'à 6 ans :

- présence recommandée d'une diode témoin de la mise en marche de l'appareil ;
- présence recommandée d'un clapet verrouillé pour le compartiment à pile dès lors que l'alimentation est prévue par des piles tel que prévu dans la norme NF EN 60601-2-66.

I.4. Options

Liste A

La liste A est composée des options suivantes :

- un système générateur de signaux ajustables permettant la mise en place des thérapies sonores de traitement de la perception des acouphènes ;
- une connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth) ;
- un réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones ;
- une synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant ;
- une directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source) ;
- une bande passante élargie ≥ 6 000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences jusqu'à à 6 000 Hz mesurée au coupleur 2cc selon la norme NF EN 60118-0:2015* ;- une fonction « apprentissage de sonie » permettant l'enregistrement des modifications moyennes du volume apportées par l'utilisateur et d'appliquer ces changements soit automatiquement soit par l'intermédiaire de l'audioprothésiste ;
- un réducteur de réverbération assurant une gestion de la dégradation du signal liée aux réverbérations tardives (champs diffus) dans un local, au-delà de ce que peut permettre la directivité.

Liste B

La liste B est composée des options suivantes :
- une bande passante élargie ≥ 10 000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000 Hz ;
- au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes ;
- un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms ;
- une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles.

I.5. Garantie

La garantie minimale, par le fabricant, de chaque aide auditive est fixée à 4 ans. Cette garantie couvre au moins les situations suivantes : vice de forme, défaut de fabrication, panne survenant au cours d'un usage habituel (pièces, main d'œuvre et transport). La garantie est proposée par le fabricant et continue de produire ses effets même lorsque le patient consulte un audioprothésiste différent de celui ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et le bilan initial.

II. - RÉFÉRENCEMENT DES AIDES AUDITIVES DE CLASSE I ET DE CLASSE II EN VUE DE LEUR PRISE EN CHARGE

Les aides auditives ayant vocation à faire l'objet d'une prise en charge au titre du présent chapitre doivent être référencées auprès des ministres en charge de la santé et la sécurité sociale par leur fabricant.
Les aides auditives de classe I et de classe II font l'objet de la soumission d'un dossier technique, selon un format fixé par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, permettant d'attester leur conformité aux présentes dispositions.
Pour chaque type d'aide auditive, un fabricant ne peut référencer une aide auditive en classe II que s'il référencie au moins une aide auditive de classe I de type identique. Un fabricant doit pouvoir fournir sous un délai de 7 jours aux distributeurs l'ensemble des aides auditives qu'il a référencées.
Seules les aides auditives référencées peuvent être pris en charge.

III. - INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE

Une aide auditive peut faire l'objet d'une prise en charge lorsqu'elle répond aux spécificités techniques et aux conditions décrites au sein du présent chapitre.
Chez l'adulte, la prise en charge d'une aide auditive de conduction aérienne est assurée exclusivement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- une alternative médicale ou chirurgicale de correction de la surdité est impossible, inefficace ou non souhaitée par le patient ;
- l'état clinique du patient ne contre-indique pas une adaptation audioprothétique.

Chez l'enfant, la prise en charge d'une aide auditive doit être complétée par celle d'un bilan orthophonique. Ce dernier peut être réalisé avant, pendant ou après l'appareillage et peut être suivi, si nécessaire, d'une prise en charge orthophonique :

- chez l'enfant de plus de un an et de moins de 6 ans ;
- chez l'enfant de plus de 6 ans ayant un retard de langage, un trouble de l'articulation ou de prononciation, et/ou des difficultés scolaires.

Pour tous les patients, le médecin prescripteur doit s'assurer de la motivation du patient ou de ses tuteurs. La prise en charge est assurée chez les patients avec une surdité unilatérale ou bilatérale dans le respect des conditions suivantes. Dans le cas d'une surdité bilatérale, la prise en charge est stéréophonique. Elle est assurée pour chaque oreille remplissant au moins l'une de ces conditions :

- surdité avec une perte auditive moyenne supérieure à 30 dB (calculée selon la méthode du Bureau International d'Audiophonologie) ;
- seuil d'intelligibilité dans le silence supérieur à 30 dB (correspondant au niveau d'émission de la parole le plus bas pour obtenir dans le silence 50 % de reconnaissance des signaux de parole) ;
- dégradation significative de l'intelligibilité en présence de bruit, définie par un écart du rapport signal de parole / niveau de bruit (RSB en dB) de plus de 3 dB par rapport à la norme ;
- perte auditive dans les fréquences aiguës supérieures à 30 dB à partir de 2000 Hz et avec un seuil d'intelligibilité supérieur à 30 dB dans le silence (et/ou significativement dégradé dans le bruit).

La prise en charge est également assurée dans les cas spécifiques et exceptionnels de neuropathie auditive et de troubles centraux de l'audition. Le diagnostic est posé :

- pour les neuropathies auditives, sur les résultats conjoints des oto-émissions acoustiques, des potentiels évoqués auditifs et des potentiels évoqués multiples stationnaires ;
- pour les troubles centraux, sur les résultats conjoints du test d'écoute dichotique, des potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs et de l'audiométrie vocale dans le bruit.

IV. - SUIVI DE LA QUALITÉ

La prescription d'une aide auditive, sa délivrance, et les prestations qui y sont associées s'accompagnent de l'envoi, à différentes étapes, d'un questionnaire au patient. Les moments auxquels un questionnaire doit être envoyé sont précisés ci-dessous. Le contenu du questionnaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

V. - CONDITIONS DE PRESCRIPTION

V.1. Primo-prescription

V.1.1. Examen clinique et audiométrique réalisé avant la prescription

Pour l'adulte comme pour l'enfant, le médecin prescripteur coordonne la prise en charge diagnostique et thérapeutique.
Cas de l'adulte ou de l'enfant de plus de 6 ans
La prise en charge pour l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans d'un premier appareillage auditif est soumise à la prescription médicale, après un bilan préalable clinique et audiométrique défini au présent V. La prescription est réalisée par :

- un médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL), ou- un médecin généraliste dont le parcours de développement professionnel continu (DPC) en « Otologie médicale » est attesté par le Collège de médecine générale (CMG), selon l'article R. 4021-4.-I. du code de la santé publique, sur des règles communes recommandées par le Collège de médecine générale (CMG) et le Conseil national professionnel d'ORL (CNPORL) et validé par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM

Un bilan préalable comprenant notamment un examen otologique et audiométrique tonal (en voie aérienne et osseuse) et vocal (en champ libre ou au casque) défini comme suit est obligatoire, et doit être réalisé par le médecin prescripteur :
a) L'examen clinique :
Cet examen systématique comporte différentes étapes : examen du pavillon, de la région rétro auriculaire, du conduit auditif externe et du tympan. L'examen par le médecin prescripteur est complété en fonction des données d'orientation clinique notamment chez l'enfant (recherche de signes cliniques a minima entrant dans le cadre d'une surdité syndromique). L'otoscopie avec magnification des structures (microscope ou optiques) doit préciser en vue de l'appareillage :

- l'anatomie du pavillon, du conduit auditif externe (sténose, eczéma, etc.) ;
- l'existence d'une otite chronique ;
- les contre-indications médicales à certains types d'aides auditives ;
- les difficultés potentielles à la prise d'empreinte.

Un handicap associé doit être signalé (moteur pouvant gêner la manipulation de l'aide auditive, visuel, etc.).
Le diagnostic du médecin prescripteur doit éliminer les étiologies ne relevant pas directement de l'appareillage auditif.
b) L'audiométrie :
Pour l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans, le bilan audiométrique avant appareillage doit comporter au moins un audiogramme tonal en voie aérienne et voie osseuse, et un audiogramme

vocal. En cas de perte auditive faible en audiométrie tonale, une audiométrie vocale dans le bruit (tests à stimuli constants ou tests adaptatifs, précisant les valeurs seuils), sera justifié. Ce bilan est réalisé par le médecin prescripteur.
Des tests supraliminaires pourront être réalisés dès que nécessaire (mesure des seuils d'inconfort, audiométrie vocale dans le bruit, tests dichotiques, tympanométrie et recherche des réflexes stapédiens) de même que des tests d'électrophysiologie auditifs et d'acoustique physiologique mesurant la fonction endocochléaire (électrocochléographie, otoémissions acoustiques, produits de distorsion acoustique) et rétrocochléaire (potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs, potentiels stationnaires).
Cas de l'enfant jusqu'à 6 ans
Chez l'enfant, l'appareillage se fait dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire dont chacun des membres possède l'expérience et le plateau technique adapté à l'enfant.
La prise en charge, pour l'enfant de moins de 6 ans, de chaque aide auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire par un médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) formé en audiophonologie infantile, après examen otologique et audiométrique adapté à l'âge de l'enfant comportant notamment une audiométrie comportementale, une audiométrie tonale et vocale dès que possible et une estimation objective des seuils auditifs (mesure des seuils d'inconfort, audiométrie vocale dans le bruit, tests dichotiques, tympanométrie et recherche des réflexes stapédiens), de même que des tests d'électrophysiologie auditifs et d'acoustique physiologique mesurant la fonction endocochléaire (électrocochléographie, otoémissions acoustiques, produits de distorsion acoustique) et rétrocochléaire (potentiels évoqués auditifs précoces et tardifs, potentiels stationnaires). Le médecin prescripteur analyse les résultats de l'appareillage, adapte si besoin le type de réhabilitation auditive, met en œuvre la guidance parentale pour les enfants les plus jeunes et s'assure de la prise en charge orthophonique.

V.1.2. Contenu de la prescription

La primo-prescription indiquera :

- si l'appareillage envisagé doit être uni ou bilatéral au regard des résultats audiométriques. Dans le cas d'un appareillage unilatéral, le médecin prescripteur précise le cas échéant les contre-indications à l'appareillage pour l'oreille qui ne serait pas appareillable ;
- lorsque l'aide auditive s'inscrit dans différentes solutions thérapeutiques isolées ou en association, la prescription est accompagnée d'une lettre en informant l'audioprothésiste et précisant la durée de l'essai adaptée si celle-ci est supérieure à 30 jours, dans la limite de 45 jours. Ce cas est notamment envisagé lorsqu'un implant cochléaire, un implant d'oreille moyenne, un dispositif ostéo-intégré ou la pertinence de toute chirurgie d'oreille moyenne peuvent être proposés.

Le médecin prescripteur associera les résultats de l'audiogramme à la prescription.
Lors de la consultation, le médecin prescripteur déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 1 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).

V.2. Prescription de renouvellement

V.2.1. Qualification et compétence du prescripteur

La prise en charge d'une aide auditive chez un patient ayant déjà bénéficié d'une prise en charge pour une ou deux aides auditives est assurée sur prescription médicale pour l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans, et par un ORL pour l'enfant de moins de 6 ans.
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

V.2.2. Contenu de la prescription

Selon la qualité de l'appareillage précédent et des résultats obtenus quant à la compensation du handicap, lors du renouvellement, le médecin :

- prescrit un appareillage ; ou
- recommande une consultation chez un ORL si le médecin le juge médicalement nécessaire.

Lors de la consultation, le médecin prescripteur déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 1 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).

VI. - CONTENU DES PRESTATIONS

A l'issue des consultations (initiales et de suivi) l'audioprothésiste doit sensibiliser le patient au questionnaire « Evaluation R » (parties 2 et 3) que le patient devra compléter. Les professionnels en contact avec les personnes à appareiller sont identifiables par le port d'un badge précisant leur qualité.

VI.1. Prestation initiale : délivrance d'une aide auditive et séances initiales

La prise en charge de l'aide auditive est conditionnée au respect des exigences décrites dans cette section.
L'audioprothésiste propose systématiquement au moins une aide auditive de classe I pour chaque oreille devant faire l'objet d'un appareillage.
Pour les personnes souffrant d'une surdité profonde unilatérale de plus de 90 dB, l'audioprothésiste doit proposer au moins une aide auditive de classe I compatible avec un système CROS/BiCROS sans fil, en fonction de la nécessité ou non d'amplifier le niveau auditif du côté controlatéral.
L'audioprothésiste doit en outre proposer, à chaque personne, au moins une aide auditive de classe I disposant d'une bobine d'induction permettant une position T (activation d'une bobine d'induction comme source du signal entrainant la désactivation parallèle du microphone de l'aide auditive) ou une position MT (activation de la bobine d'induction tout en préservant la source sonore captée par le microphone de l'aide auditive), permettant à la personne de se connecter à une boucle magnétique lorsque celle-ci est disponible dans les lieux publics. La bobine doit respecter la norme EN 60118-4.
Une explication claire doit être fournie au patient lui permettant de faire un choix libre et éclairé de son aide auditive. Cette explication claire porte notamment sur la bobine d'induction, son mode de fonctionnement, et son utilité dans différents environnements. La présentation de la bobine T est retracée sur le devis.
La prestation initiale comprend :
1) les séances d'évaluation chez l'audioprothésiste, nécessaires à l'appareillage et comprenant notamment :

- l'écoute des demandes de la personne, l'évaluation de sa gêne, de son seuil d'inconfort, 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, et si nécessaire la mesure de la différence entre le gain in vivo et le gain au coupleur 2cc (Real-ear-to coupler difference) ;
- un bilan d'orientation prothétique comportant, en fonction des capacités de la personne, les tests nécessaires à une proposition d'appareillage parmi les suivants : audiométrie tonale liminaire en oreille séparée et en conduction aérienne et osseuse, audiométrie supraliminaire, la recherche des seuils d'inconfort, et si nécessaire mesure de la progression de la sensation sonore ;
- audiométrie vocale en conduction aérienne, oreille par oreille, avec notamment la mesure des seuils d'intelligibilité, audiométrie en présence de bruits perturbants ;
- localisation spatiale, lorsque cela est justifié ;
- la prise d'empreinte du/des conduit(s) auditif(s) externe(s) si l'audioprothésiste s'oriente vers un appareillage par conduction aérienne muni d'embout ou de coque sur mesure.

2) l'information de la personne sur les différentes aides auditives disponibles et leurs accessoires (avantages, inconvénients et limites) envisageables pour la personne, leur utilisation, leur entretien, leur coût, les conditions de remboursement par l'assurance maladie, ainsi que toute information utile, à la demande de la personne, sur les matériaux utilisés.
Il établit un devis détaillé répondant à la législation en vigueur. L'audioprothésiste aide la personne à choisir la solution la mieux adaptée à ses besoins et ses attentes.
3) l'adaptation, la délivrance et le contrôle immédiat de l'aide auditive, ainsi que les séances d'adaptation de l'aide auditive aux besoins de la personne et réciproquement, comprenant notamment :

- l'adaptation dans le cadre d'un ou plusieurs essais : l'adaptation d'une ou plusieurs aides auditives, avec à chaque fois, les préréglages et les réglages en champ libre et/ou sur une chaîne de mesure et/ou à l'aide de mesures in vivo sur la personne et/ou à l'aide de tests en simulation de vie normale, les ajustements anatomiques, et explications d'utilisation ;
- le contrôle immédiat de l'efficacité de l'aide auditive en utilisant les tests audiométriques nécessaires en fonction des capacités de la personne :

o audiométrie tonale : gain en champ libre, tests de tolérance, tests de localisation spatiale ;
o audiométrie vocale en champ libre, éventuellement en présence de bruits perturbants ;

- l'information de la personne sur l'utilisation et l'entretien de l'aide auditive ;
- le choix définitif de l'aide auditive ;
- la fourniture à la personne, après respect de toutes les étapes précédentes, de l'indication du coût de l'aide auditive et du coût total de l'appareillage, y compris du coût individualisé des différents consommables (piles notamment) ;
- les contrôles d'efficacité et les modifications de réglages ;
- tous les tests nécessaires à la validation des corrections apportées.

L'aide auditive pré choisie par le patient avec l'aide de l'audioprothésiste doit faire l'objet d'un essai systématique. Sa durée minimale est de 30 jours. Cette période peut être prolongée à la demande écrite du prescripteur dans les situations où l'aide auditive s'inscrit dans différentes solutions thérapeutiques, isolées ou en association, dans la limite de 45 jours. Au moins deux séances sont effectuées pour chaque essai. A l'issue de la période d'adaptation probatoire, le patient est libre s'il le souhaite de demander une nouvelle période d'adaptation probatoire avec une autre aide auditive en cas d'échec de la première. L'audioprothésiste a alors l'obligation de répondre à la demande du patient.
Un compte rendu de l'adaptation probatoire est adressé au prescripteur dans les 7 jours suivant la facturation.
Le compte rendu doit contenir les informations suivantes :

- caractéristiques de l'audiométrie de la personne : un résumé succinct doit rappeler l'importance de la surdité, et son type (transmission, perception, mixte) ;
- descriptif de sa motivation : le profil de motivation du patient doit être défini de façon à mieux prédire d'éventuelles difficultés ultérieures (la motivation peut notamment être décrite à l'aide des termes suivants : opposition, peu motivé participation passive, participation active, etc.) ;
- types d'aides auditives préconisées : la classe de l'aide auditive renseignée en indiquant le modèle et le type général (intra-auriculaire, contour d'oreille ou à écouteur déporté) et le gain acoustique de l'appareil ;
- les audiométries de gain : différence en champ libre avec appareils en tonal et en vocal adaptés à la personne (milieu silencieux et/ou milieu bruyant, type de matériel vocal), ;
- le nombre d'heures moyen quotidien d'utilisation de l'aide auditive lors de cet essai doit être systématiquement indiqué ;
- des situations et tests particuliers réalisés, de type tests dans le bruit, la localisation sonore spatiale, les questionnaires autres, les courbes de réponse des appareils en oreille artificielle ou en in vivo seront jointes systématiquement.

4) l'accompagnement à l'utilisation des aides auditives
L'accompagnement consiste essentiellement à faire comprendre et accepter les étapes et la progressivité de la détection et de la discrimination de l'environnement sonore modifié (parole ou bruits). Il comprend les conseils d'adaptation, de manipulation de l'appareil, l'information sur le changement des piles le cas échéant, sur les conditions d'utilisation de l'aide auditive en fonction des situations sonores, et des extensions possibles dans divers lieux (dispositifs communicants avec l'appareil auditif : bobine d'induction magnétique, Bluetooth le cas échéant) ainsi que l'information du patient sur l'entretien de l'aide auditive.
5) le suivi initial et le contrôle permanent de l'appareil sont nécessaires. Pendant les douze premiers mois de l'appareillage, doivent être proposés au minimum :

- des séances de contrôle de l'efficacité de l'appareillage au 3e, 6e mois, et 12e mois après la délivrance de l'aide auditive ;
- une évaluation de l'évolution de la perte auditive et de la satisfaction à 6 mois ;
- le bilan audiométrique suivant sera réalisé lors des séances de contrôle au 3e, 6e et au 12e mois :
- le gain audiométrique tonal en champ libre ;
- le gain audiométrique vocal en champ libre à des niveaux d'intensité allant de la voix forte à la voix chuchotée ;
- l'audiométrie vocale en présence de bruit ;
- selon les cas, et dans tous les cas au moins une fois dans l'année lors des séances de contrôle : localisation spatiale ou équilibrage inter-aural, réglages in-vivo ou coupleur des courbes de réponses, taux de compression, et niveau maximum de sortie.

6) la gestion administrative du dossier du patient, et notamment l'envoi du (ou des) compte (s) rendu (s) d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant.
Lors de la dernière séance réalisée dans le cadre de la période d'adaptation probatoire de 30 jours, l'audioprothésiste déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 2 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).

VI.2. Prestation de suivi

Les prestations de suivi ont pour objectifs l'amélioration continue des réglages de l'aide auditive et l'optimisation de l'observance. L'audioprothésiste doit pour cela prévoir des séances régulières au cours desquelles il assure l'adaptation technique de l'aide auditive. La fréquence minimale recommandée du suivi est bi-annuelle, après la première année. Les prestations de suivies sont enregistrées via télétransmission.
Les contrôles effectués lors de ce suivi comportent les tests nécessaires à la vérification de l'efficacité de l'appareillage (contrôle de l'audition et courbes de l'appareillage), la modification des réglages de l'aide auditive si les besoins du patient le nécessitent, ainsi que l'entretien nécessaire afin d'obtenir chaque année l'ensemble des éléments suivants :

- réglages in-vivo ou au coupleur des courbes de réponses, taux de compression et niveau maximum de sortie ;
- gain ;
- audiométrie tonale en champ libre ;
- audiométrie vocale en champ libre à des niveaux d'intensité allant de la voix forte à la voix chuchotée ;
- audiométrie vocale en présence de bruit.

La prestation de suivi comprend également la fourniture des pièces détachées, et les réparations qui entrent dans le cadre de la garantie fabricant, main d'œuvre comprise.
L'audioprothésiste effectue régulièrement un retour d'information vers le médecin prescripteur. Il informe le médecin prescripteur de toute évolution de l'audition qui le nécessite.
Les prestations de suivi sont réalisées par l'audioprothésiste ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et la prestation initiale.
Toutefois en cas de déménagement de la personne, de l'audioprothésiste, ou lorsque la personne souhaite changer d'audioprothésiste, ce dernier s'engage à faciliter le changement d'audioprothésiste : l'audioprothésiste ayant réalisé l'appareillage transmettra à l'un de ses pairs (choisi par la personne) l'ensemble des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge de la personne. Dans tous les cas, l'audioprothésiste ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et la prestation initiale s'engage à répondre au besoin de suivi de la personne notamment en réalisant les prestations de suivi mentionnées ci-dessus et le cas échéant, au-delà de la 3e année de suivi. Il doit également expliquer à la personne l'intérêt de réaliser les séances de suivi, et l'inviter à revenir selon la fréquence précisée ci-dessus (tous les six mois).
A l'issue de la seconde année d'appareillage, l'audioprothésiste déclenche l'envoi du questionnaire « Evaluation R - partie 3 » (par voie électronique ou postale selon le choix du patient).
Les dispositifs appartenant à la classe I (au sein des sections 1 et 2) font l'objet d'une prise en charge renforcée mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Section 1.- Aide auditive pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire

La prise en charge est assurée pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2351057	Aide auditive, classe I, droite, > 20 ans Aide auditive de classe I, oreille droite, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2).	**400,00**	**950,00**	**16-11-2023**
2365119	Aide auditive, classe I, gauche, > 20 ans Aide auditive de classe I, oreille gauche, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2).	**400,00**	**950,00**	**16-11-2023**
2392530	Aide auditive, classe II, droite, > 20 ans Aide auditive oreille droite de classe II, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2).	**400,00**		**16-11-2023**
2341840	Aide auditive, classe II, gauche, > 20 ans	**400,00**		**16-11-2023**

	Aide auditive oreille gauche de classe II, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2).			

Section 2.- Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire

Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire
ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)
La prise en charge est assurée pour les personnes jusqu'à leur 20e anniversaire dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2325120	Aide auditive, classe I, droite, ≤ 20 ans Aide auditive oreille droite, appareil de classe I pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe IV.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2)	**1400,00**	**1400,00**	**16-11-2023**
2337749	Aide auditive, classe I, gauche, ≤ 20 ans Aide auditive oreille gauche, appareil de classe I pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe IV.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2)	**1400,00**	**1400,00**	**16-11-2023**
2307926	Aide auditive, classe II, droite, ≤ 20 ans Aide auditive oreille droite, appareil de classe II, pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2)	**1400,00**		**16-11-2023**
2369117	Aide auditive, classe II, gauche, ≤ 20 ans Aide auditive oreille gauche, appareil de classe II, pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité, accompagnée d'une prestation initiale (décrite au paragraphe VI.1), et de l'ensemble des prestations de suivi (décrites au paragraphe VI.2)	**1400,00**	**-**	**16-11-2023**

Section 3.- Gestion administrative relative aux prestations de suivi pour l'utilisation d'une aide auditive

Code	Nomenclature	Tarif en eurosTTC	Date de fin de prise en charge
2305927	Aide auditive, suivi par télétransmission Le suivi par télétransmission est déclenché à chaque consultation de suivi. Un seul flux est transmis par patient et par consultation pour un appareillage unilatéral ou binaural		**16-11-2023**

Section 4. – Allocation forfaitaire relative aux piles

Code	Nomenclature	Tarif en	Date de fin de prise

		euros TTC	en charge
2356882	Aide auditive, Piles sans mercure 10-jaune ou équivalent (B/6) Piles sans mercure 10-jaune ou équivalent : 100 mA à 1,45 Volts Zinc Air, par paquet de 6 piles Limité à 10 paquets par année	**1,50**	**16-11-2023**
2356907	Aide auditive, Piles sans mercure 312-marron ou équivalent (B/6) Piles sans mercure 312 -marron ou équivalent : 105 mA à 1,45 Volts Zinc Air, par paquet de 6 piles Limité à 7 paquets par année	**1,50**	**16-11-2023**
2332976	Aide auditive, Piles sans mercure 13-orange ou équivalent (B/6) Piles sans mercure 13-orange ou équivalent : 310 mA à 1,45 Volts Zinc Air, par paquet de 6 piles Limité à 5 paquets par année	**1,50**	**16-11-2023**
2317149	Aide auditive, Piles sans mercure 675-bleue ou équivalent (B/6) Piles sans mercure 675-bleue ou équivalent : 640 mA à 1,45 Volts Zinc Air, par paquet de 6 piles Limité à 3 paquets par année	**1,50**	**16-11-2023**

Section 5. – Audioprothèse, entretien et réparations

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Date de fin de prise en charge
2344100 203C01	Audioprothèse, entretien et réparations, écouteur	**5,32**	**31-07-2020**
2343856 203C02	Audioprothèse, entretien et réparations, microphone	**9,17**	**31-07-2020**
2306832 203C05	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.	**53,36**	**31-07-2020**
2312927 203C05	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.	**53,36**	**31-07-2020**
2357338 203C05	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.	**4,91**	**31-07-2020**

Section 6. – Entretien et réparations pour processeurs pour implants cochléaires et implants du tronc cérébral

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**100,00**	**-**	**28-02-2024**
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).	**120,00**	**120,00**	**28-02-2024**
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	**600,00**	**600,00**	**28-02-2024**

	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).			

Section 7. – Processeurs, accessoires et réparations pour prothèses auditives ostéo-intégrées et implants d'oreille moyenne

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	Prix de cession en € HT	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2344873	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA 5 POWER, processeur. Processeur de son BAHA 5 POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA. DESCRIPTION Le système BAHA 5 POWER est conditionné avec les éléments suivants : - un kit de nettoyage pour processeur - un bâtonnet de test - un couvre-pilier - des piles 675 Zn Air - un fil de sécurité - une notice d'utilisation du processeur Le processeur de son BAHA 5 POWER est compatible avec l'ensemble des piliers BAHA et avec le système BAHA ATTRACT. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 95470, 95471, 95472, 95473, 95474. Ce processeur est garanti 2 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 2 ans.	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-04-2022**
2372786	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA 5, processeur. Processeur de son BAHA 5 pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA. DESCRIPTION Le système BAHA 5 est conditionné avec les éléments suivants : - un kit de nettoyage, - un bâtonnet de test, - un couvre-pilier, - des piles type 312, - un fil de sécurité,	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**30-04-2023**

	- 3 couvercles de la fiche de programmation. Il est compatible avec les piliers BA400 et piliers prémontés sur implants correspondants BIA400. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 95201, 95202, 95203, 95204, 95205. Ce processeur est garanti 2 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 2 ans.				
2331043	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, entretien et réparations, forfait.. Forfait annuel pour l'entretien et réparations des prothèses auditives ostéo-intégrées de la gamme BAHA. Ce forfait comprend l'achat de piles ou accumulateurs, la fourniture des pièces détachées et les réparations main-d'œuvre comprise.		**36,59**	**-**	**30-04-2023**
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.	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-08-2019**
2350388	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA ATTRACT, deux aimants externes. Aimants externes pour processeur du système BAHA ATTRACT DESCRIPTION Le système BAHA ATTRACT est composé d'un implant BI300 sans pilier, un aimant interne, un aimant externe pour processeur, un coussinet et un processeur. MODALITES DE PRESCRIPTION et D'UTILISATION Deux aimants externes de force différente sont fournis pour permettre de s'adapter aux modifications de la peau. Les coussinets nécessaires pour l'aimant externe du processeur doivent être changés tous les mois et sont fournis pour une durée de 4 années par lot de 24 coussinets (référence 94175). Le renouvellement de l'aimant pour la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA n'est pris en charge qu'après une période minimale de 4 ans. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 95771, 95772, 95773, 95774, 95775, 95776, 94175.		**104,45**	**104,45**	**30-04-2023**
2300864	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA 5 SUPER POWER, processeur. Processeur de son BAHA 5 SUPER POWER pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA. DESCRIPTION Le système BAHA 5 SUPERPOWER est conditionné avec les éléments suivants : - un vibrateur et son câble ;	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**30-04-2023**

	- deux batteries rechargeables et le chargeur ; - un kit d'entretien pour le processeur ; - une notice d'utilisation du processeur ; Le processeur de son BAHA 5 SUPER POWER est compatible avec l'ensemble des piliers BAHA et avec le système BAHA ATTRACT. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 96001P ; 96002P ; 96003P ; 96004P Ce processeur est garanti 2 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 2 ans.				

Société PRODITION France (PRODITION)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2378725	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO 3, processeur. Processeur de son pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Ces processeurs sont conditionnés dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation en français et les éléments suivants : - le modèle de processeur vocal Ponto 3, - un écrin*, - une brosse de nettoyage*, - un cordon de sécurité*, - un Testrod*, - un outil pour faciliter le retrait de la pile*, - deux couvre-piliers (noir et beige) *, - une boîte de pile (13 ou 675 ou 675p selon le modèle), - des autocollants de personnalisation, - le manuel d'utilisation. * ces éléments peuvent être fournis à l'unité et séparément 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : M52620, M52621, M52622, M52623, M52624, M52625, M52626, M52627, M52628, M52629, M52630, M52631.	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-10-2022**
2338022	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO 3 POWER, processeur. Processeur de son pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Ces processeurs sont conditionnés dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation en	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-10-2022**

	français et les éléments suivants : - le modèle de processeur vocal Ponto 3 POWER, - un écrin*, - une brosse de nettoyage*, - un cordon de sécurité*, - un Testrod*, - un outil pour faciliter le retrait de la pile*, - deux couvre-piliers (noir et beige) *, - une boîte de pile (13 ou 675 ou 675p selon le modèle), - des autocollants de personnalisation, - le manuel d'utilisation. * ces éléments peuvent être fournis à l'unité et séparément 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : M52634, M52635, M52636, M52637, M52638, M52639, M52640, M52641, M52642, M52643, M52644, M52645.				
2339412	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO 3 SUPER POWER, processeur. Processeur de son pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Ces processeurs sont conditionnés dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation en français et les éléments suivants : - le modèle de processeur vocal Ponto 3 SUPER POWER, - un écrin*, - une brosse de nettoyage*, - un cordon de sécurité*, - un Testrod*, - un outil pour faciliter le retrait de la pile*, - deux couvre-piliers (noir et beige) *, - une boîte de pile (13 ou 675 ou 675p selon le modèle), - des autocollants de personnalisation, - le manuel d'utilisation. * ces éléments peuvent être fournis à l'unité et séparément 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE M52648, M52649, M52650, M52651, M52652, M52653, M52654, M52655, M52656, M52657.	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-10-2022**
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 : 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;	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-10-2022**

	- 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.		**36,59**		**15-10-2022**
2390666	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO 4, processeur Processeur pour prothèse ostéo-intégrée PONTO 4, de la société Prodition France. DESCRIPTION Ces processeurs sont conditionnés dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation en français et les éléments suivants : - l'un des six modèles de processeur Ponto 4, - un écrin*, - une boite de 6 piles (taille 312)*, - un cordon de sécurité*, - un cache-prise de programmation, incluant un indicateur gauche/droite*, - des autocollants*, - un Test rod*, - deux couvre-piliers (noir et beige)*, - un kit de logement de pile de sécurité*, - un outil pour ouvrir le logement de pile de sécurité*. *ces éléments peuvent être fournis à l'unité et séparément MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le processeur est garanti 2 ans. Le renouvellement du processeur pour la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO 4 n'est pris en charge qu'après une période minimale de 2 ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 186777 ; 186778 ; 186779 ; 186780 ; 186781 ; 186782.	**2550,00**	**3400,00**	**3400,00**	**15-10-2022**

Société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2303118	Implant oreille moyenne, audioprocesseur, MED-EL, VIBRANT SOUNDBRIDGE RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE: SAMBA: 51555, 51556, 51557, 51558. SAMBA 2: 52613, 52614, 52615, 52616 Ce processeur est garanti 2 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 2 ans.	**3100,00**	**3100,00**	**31-10-2022**

2358645	Implant oreille moyenne, MED-EL, VIBRANT SOUNDBRIDGE, forfait piles Forfait annuelcomprenant l'achat de piles pour l'implant d'oreille moyenne pour audioprocesseur SAMBA et SAMBA 2.	**38,50**	**38,50**	**31-10-2022**

Chapitre 4. – Prothèses externes non orthopédiques

Généralités

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

Section 1 : A. – Prothèses mammaires externes

Nomenclature et tarifs

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 lymphœdème, 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
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 en annexe du présent avis de projet. Il permet de renseigner, pour chaque sein opéré :
- la date de la prescription en cours ;
- l'identité, la date de naissance et le poids de la patiente ;
- le sein opéré (gauche ou droit) ;
- l'indication de la prescription de prothèse mammaire externe ;
- l'historique de la prescription de PME
- la date de la mastectomie ;
- le caractère partiel ou totale de la ou des mastectomie(s) ;
- les symptômes que peut (ou non) présenter la femme mastectomisée :
- la peau est-elle fragilisée par une radiothérapie ?
- la cicatrice est elle hyperesthésique ?
- la patiente présente-t-elle des adhérences cicatricielles ?
- la qualité de la cicatrice est-elle irrégulière ?
- y-a-t-il présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème ?
- la patiente présente-elle des douleurs cervicales ou dorsales ?
- la patiente est-elle sujette à des bouffées de chaleur ? à une hypersudation ?

L'ordonnance aboutit à la prescription d'une prothèse mammaire externe, dans son acception générale.

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.
Lorsqu'une prothèse codée 2445350 ou 2471206 a été prise en charge avant le 1er mai 2016, le renouvellement de prise en charge d'une nouvelle prothèse, lorsqu'il a lieu après le 1er mai 2016, peut intervenir dès le 12e mois après cette prise en charge. En revanche les renouvellements ultérieurs pour la bénéficiaire se feront dans un délai minimum de 18 mois.
Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. 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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale.
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. Elle est également ouverte, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) aux professionnels de santé titulaires d'une compétence d'orthopédiste-orthésiste souhaitant mettre à jour leurs connaissances en matière de délivrance de prothèses mammaires externes. 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 conforme au cahier des charges défini dans l'annexe des conventions passées avec le comité économique des produits de santé.
Elle est assurée par le groupe de fabricants et les représentants des distributeurs, signataires des conventions et délivrée selon deux formats différenciés en fonction des qualités des professionnels à former :
- 35 heures pour les non-professionnels de santé ;
- 20 heures pour les professionnels de santé, dispensés de certains modules.
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 euros TTC	PLVen euros TTC	Date de fin de prise en charge
2433565	PME Transitoire, Prothèse mammaire externe transitoire Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe.	**25,00**	**25,00**	**30-04-2021**

Prothèse mammaire externe en silicone

Société AMOENA France S.A.S.

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge

2464376	PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, AMOENA Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque AMOENA. 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 pour les modèles suivants : - ESSENTIAL [modèles 1S (réf. 630), 2S (réf. 440), 2E (réf. 474) et 3S (réf. 363)] : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire - ESSENTIAL LIGHT [modèles 2S (réf. 442) : 2S Tawny (réf. 442T), 3S (réf. 367), 3E (réf. 556), et 3E Tawny (réf. 556T)] : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire (modèles 2S, 3S et 3E) ou foncée (modèle 2S Tawny et 3E Tawny) - AMOENA BALANCE ESSENTIAL : - réf TO 228 : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumétrique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire, - réf MD 223 : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumétrique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ou coloris foncé (tawny ref MD 223T) - réf VD 225 : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumétrique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire - réf SE 232 : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumétrique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire - AMOENA BALANCE ESSENTIAL LIGHT : - VD 224 : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumétrique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ou coloris foncé (tawny ref VD 224T)	**180,00**	**180,00**	**30-04-2021**
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 pour les modèles suivants : - NATURA [modèles 1S (réf. 396), 2S (réf. 398), 2A (réf. 393), 2U (réf. 394), 3S (réf. 395) et 3^{E} (réf. 397)] : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 2U, 3S) ou asymétrique (modèles 2A et 3^{E}), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse (modèles 1S et 3^{E}) ou silicone et gel fluide (2S, 2A, 2U, 3S), coloris chair claire ; - NATURA COSMETIC [modèles 2S (réf. 320), 2SN (réf. 323), 3S (réf. 321) et 3^{E} (réf. 322)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - NATURA LIGHT [modèles 1S (réf. 664), 2S (réf. 390), 2S Tawny (réf. 390T), 2A (réf. 392), 2U (réf. 399) et 3S (réf. 391)] : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 2S Tawny, 2U, 3S)	**233,44**	**233,44**	**30-04-2021**

	ou asymétrique (modèle 2A), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse (modèle 1S) ou silicone et gel fluide (modèles 2S, 2S Tawny, 2A, 2U, 3S), coloris chair claire [modèles 1S, 2S, 2A, 2U, 3S) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA X-TRA LIGHT [modèle 2SN (réf. 400)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ENERGY [modèles 1S (réf. 349) et 2U (réf. 347)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ENERGY COSMETIC [modèles 2S (réf. 310) et 3S (réf. 311)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne - ENERGY LIGHT [modèles 2S (réf. 342) et 2U (réf. 341)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ADAPT LIGHT [modèles 2SN (réf. 375) et 3A (réf. 376)] : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 2SN) ou asymétrique (modèle 3A), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - PURFIT (réf. 333) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition mixte rembourre et silicone, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - BALANCE DELTA [modèles A (réf. 282A), B (réf. 282B) et B Tawny (réf. 282BT)] : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire (modèles A et B) ou foncée (modèle BT) ; - BALANCE OVAL [modèles A (réf. 283A) et B (réf. 283B)] : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE VARIA (réf. 285) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire			
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 pour les modèles suivants :	**233,44**	**233,44**	**30-04-2021**

	- CONTACT [modèles 1S (réf. 384), 2S (réf. 381), 2A (réf. 383), 3S (réf. 382), 3S Tawny (réf. 382T) et 3^E (réf. 386)] : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 3S et 3S Tawny) ou asymétrique (modèles 2A et 3^E), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire (modèles 1S, 2S, 2A, 3S et 3^E) ou foncée (modèle 3S Tawny) ; - CONTACT LIGHT [modèles 2S (réf. 380) et 3S (réf. 385)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ESSENTIAL + CONTACT MULTI [modèles 2S+CM (réf. 440+ réf. 037) et 3S+CM (réf. 363+ réf. 038)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ESSENTIAL LIGHT + CONTACT MULTI [modèles 2S+CM (réf. 442+ réf. 037), 2S Tawny+CM (réf. 442T+ réf. 037), 3S+CM (réf. 367+ réf. 038)] et 3^E+CM (réf. 556+ réf. 041)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire (modèles 2S, 3S et 3^E) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA + CONTACT MULTI [modèles 2S+CM (réf. 398+ réf. 037), 3S+CM (réf. 395+ réf. 038) et 3^E+CM (réf. 397+ réf. 041)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - NATURA COSMETIC + CONTACT MULTI [modèles 2S+CM (réf. 320+ réf. 037), 2SN +CM (réf. 323+ réf. 040) et 3S+CM (réf. 321+ réf. 038)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - NATURA LIGHT + CONTACT MULTI [modèles 2S+CM (réf. 390+ réf. 037), 2S Tawny+CM (réf. 390T+ réf. 037) et 3S+CM (réf. 391+ réf. 038)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire [modèles 2S, 3S) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA X-TRA LIGHT + CONTACT MULTI [modèle 2SN +CM (réf. 400+ réf. 040)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ADAPT LIGHT + CONTACT MULTI [modèle 2SN +CM (réf. 375+ réf. 040)] : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT DELTA (réf. 284B) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT OVAL (réf. 287B) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT VARIA (réf. 286) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire.			
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	**180,00**	**233,44**	**30-04-2021**

	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 pour les modèles suivants : 2461679 et 2483445.			

Société ANITA France.

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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 pour les modèles suivants : - SUPERSOFT (réf. 1020X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1022X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SEQUINATURE (réf. 1028X2) : PME silicone standard partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRIVARIA (réf. 1043X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SEQUITEX (réf. 1046X) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRIWING (réf. 1053X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BASIC (réf. 1053X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - ACTIVE (réf. 1054X et ACTIV ASYMMETRIC (réf. 1084L et 1084R), PME silicone standard, totale, symétrique (réf. 1054X) ou asymétrique (réf. 1084L et 1084R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ;	**180,00**	**180,00**	**30-04-2021**

	- ACTIVE BASIC (réf. 1054X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRINATURE (réf. 1058X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1062L et 1062R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - DOUBLE GEL (réf. 1064X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1076L et 1076R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE ASYMMETRIC (réf. 1083L et 1083R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1090X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - FASHION (réf. 1151X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire.			
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 pour les modèles suivants : - AUTHENTIC (réf. 1020X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - (réf. 1040X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - SEQUITEX TRAPEZ (réf. 1045X) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition mixte rembourre et silicone, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - SOFTBACK (réf.1050X) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf.1050X), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée (réf.1050X), non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - TRINATURE SOFTLITE (réf. 1051X), TRINATURE SOFTLITE CUP C (réf. 1051XC) et TRINATURE ASYMETRIC SOFTLITE (réf. 1081L et 1081R) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf. 1051X et 1051XC) ou asymétrique (réf. 1081L et 1081R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE (réf. 1052X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse,	**240,00**	**240,00**	**30-04-2021**

	coloris chair claire ou foncée – SOFTTOUCH (réf. 1052X2) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRITEX (réf. 1055X) et TRITEX ASYMMETRIC (réf. 1085L et 1085R) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf. 1055X) et asymétrique (réf. 1085L et 1085R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - DOUBLE GEL (réf. 1064X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - TWINFLEX ASYMMETRIC (réf. 1073X) : PME silicone technique, totale, symétrique ou asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SOFTBACK ASYMMETRIC (réf.1080L et 1080R) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRICUP (réf. 1089X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition mixte rembourre et silicone, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - AMICA SUPERSOFT (réf. 1151X) et AMICA SUPERSOFT CUPSIZE+ (réf. 1151XC) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - FASHION (réf.1152X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - FASHION (réf. 1056X2) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - EQUISOFT (réf.1154X), PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - TRITEXSOFT (réf.1155X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - EQUITEX (réf. 1057X) et EQUITEX VOLUME (réf. 1157X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire			
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.	**240,00**	**240,00**	**30-04-2021**

	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 pour les modèles suivants : - SEQUITEX VARIO (réf. 1046XV + réf. 1034X) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE VARIO (réf. 1052XV + réf 1032X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE VARIO ASYMMETRIC (réf. 1083LV ou 1083RV + réf. 1035X) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ;			
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 pour les modèles suivants : 2492415 et 2401714.	**180,00**	**240,00**	**30-04-2021**

Société THUASNE

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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 pour les modèles suivants : - SERENA TRIANGULAIRE (réf. 9201) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA OVALE (réf. 9301 et 9311) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA CŒUR (réf. 9341) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA RONDE (réf. 9431) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone	**180,00**	**180,00**	**30-04-2021**

	monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA ASYMÉTRIQUE [droite (réf. 9371) ou gauche (réf. 9381)] : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA LITE (réf. 9202) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA CLASSIC SYMÉTRIQUE (réf. T66370) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA CLASSIC ASYMÉTRIQUE (réf. T66360) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL (réf. T66380) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL OVALE (réf. T66110) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire.			
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 pour les modèles suivants : - SILIMA CLASSIC SOFT (réf. T66371) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA CONFORM (réf. T66390) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA LIGHT SYMÉTRIQUE (réf. T66375) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA LIGHT ASYMÉTRIQUE (réf. T66365) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT SYMÉTRIQUE (réf. T66378) : PME silicone technique, totale, symétrique,	**240,00**	**240,00**	**30/04/2021**

	composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT ASYMÉTRIQUE (réf. T66368) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT CŒUR (réf. T66328) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT SUPERSOFT (réf. T66379) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire ; - SILIMA ULTRA LIGHT (réf. T66374) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone perlé, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA ELITE (réf. T66398) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande.			
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 pour les modèles suivants : - SILIMA X-TRA (réf. T66107), PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA DIRECT (réf. : T66377), PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL DIRECT ONE (réf. T66387), PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande.	**240,00**	**240,00**	**30/04/2021**
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 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 pour les modèles suivants : 2490764 et 2440051	**180,00**	**240,00**	**30/04/2021**

Annexe

ANNEXE

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'œdème ou de lymphœdème
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]

Section 2 : B. – Canules trachéales

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.

Nomenclature et tarifs

Sous-section 1 : Canules trachéales simples

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2426766 204B00.1	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).	**9,77**	**31-07-2022**
2432880 204B00.2	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).	**32,80**	**31-07-2022**
2404210 204B00.3	Canules trachéale simple, en acrylique. La prise en charge est assurée dans la limte de 2 attributions par an.	**58,31**	**31-07-2022**
2450859 204B00.4	Canules trachéale simple, en acier inoxydable. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 ans.	**83,82**	**31-07-2022**
2434636 204B00.5	Canules trachéale simple, en argent. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 4 ans.	**218,67**	**31-07-2022**

Sous-section 2 : Canules trachéales parlantes à clapet

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2485390 204B01.1	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).	**28,43**	**31-07-2022**
2415946 204B01.2	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).	**94,76**	**31-07-2022**
2426683 204B01.3	Canules trachéales parlantes à clapet, en acrylique. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions par an.	**120,27**	**31-07-2022**
2403989 204B01.4	Canules trachéales parlantes à clapet, en acier inoxydable. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 ans.	**145,78**	**31-07-2022**

2495141 204B01.5	Canules trachéales parlantes à clapet, en argent. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 4 ans.	**280,63**	**31-07-2022**

Section 3 : C. – Aérateurs transtympaniques

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.

Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2499156 204C00.1	Aérateur transtympanique, stérile, non réutilisable, d'utilisation brève.	**7,77**	**31-07-2022**
2494897 204C00.2	Aérateur transtympanique, stérile, non réutilisable, d'utilisation prolongée	**12,81**	**31-07-2022**

Section 4 : D. – Prothèses vocales

Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	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 204D00.1	Prothèse vocale électronique, à embout buccal, achat	**311,73**	**31-07-2025**
2454024 204D00.2	Prothèse vocale électronique, à conduction transcutanée, achat	**476,07**	**31-07-2025**
2470081 204D00.3	Prothèse vocale électronique, forfait location hebdomadaire limitée à 3 mois	**7,32**	**31-07-2025**

Section 5 : E. – Prothèse respiratoire pour trachéostomie

Nomenclature et tarifs

Sous-section 1 : Prothèse respiratoire pour trachéostomie réutilisable avec filtre et piège à sécrétions

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).

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 euros TTC°	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2439600	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phon, 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 phon) avec embases standards. 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.	**618,08**	**618,08**	**31-05-2021**
2431572	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phon, 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 phon) 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.	**623,88**	**623,88**	**31-05-2021**
2447403	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phon, coffret base NPREN1. 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.	**660,24**	**660,24**	**31-05-2021**
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.	**666,04**	**666,04**	**31-05-2021**

2426393	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phon, 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. 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.	**821,90**	**821,90**	**31-05-2021**
2486053	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phon, 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.	**827,70**	**827,70**	**31-05-2021**
2447834	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phon, 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.	**864,06**	**864,06**	**31-05-2021**
2416242	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phon, 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.	**869,86**	**869,86**	**31-05-2021**
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.	**225,17**	**225,17**	**31-05-2021**
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.	**428,99**	**428,99**	**31-05-2021**
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.	**45,51**	**45,51**	**31-05-2021**
2469273	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, embase renforcée. Embase renforcée pour les porteurs de prothèses phonatoires et les morphologies des trachéostomies très	**66,59**	**66,59**	**31-05-2021**

	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.			
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.	**80,65**	**80,65**	**31-05-2021**
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.	**143,37**	**143,37**	**31-05-2021**
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.	**172,37**	**172,37**	**31-05-2021**
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.	**17,37**	**17,37**	**31-05-2021**
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4017, CYR4018, CYR4019, CYR4020, CYR4021, CYR4022, CYR4023, CYR4024.	**12,60**	**12,60**	**31-05-2021**
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.	**126,00**	**126,00**	**31-05-2021**
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.	**15,50**	**15,50**	**31-05-2021**
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.	**155,00**	**155,00**	**31-05-2021**
2444876	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, trachéodouche.	**23,53**	**23,53**	**31-05-2021**

	Protecteur de douche dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : TRD. 4001.			
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.	**82,29**	**82,29**	**31-05-2021**
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.	**90,73**	**90,73**	**31-05-2021**
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.	**71,74**	**71,74**	**31-05-2021**
2498748	Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYGRIPONE fenêtré. Calibreur 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 : CNSF0818, CNSF0918, CNSF1018, CNSF1218, CNSF0827, CNSF0927, CNSF1027, CNSF1227, CNSF0836, CNSF0936, CNSF1036, CNSF1236, CNSF0855, CNSF0955, CNSF1055, CNSF1255.	**80,18**	**80,18**	**31-05-2021**
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.	**248,98**	**248,98**	**31-05-2021**
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.	**47,48**	**47,48**	**31-05-2021**

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

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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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 casettes sont à usage unique (24 heures).	**55,41**	**55,41**	**31-07-2022**

	La prise en charge est assurée pour la référence 8220. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.			
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 casettes 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	**55,41**	**55,41**	**31-07-2022**
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 casettes 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.	**55,41**	**55,41**	**15-06-2023**
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 casettes 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.	**55,41**	**55,41**	**15-06-2023**

Société COLLIN SAS (COLLIN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2484864	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, LARYVOX PRO HME Highflow, B/30. Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH LARYVOX PRO HME Highflow de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 49840. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	**55,41**	**55,41**	**28-02-2023**
2430816	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, LARYVOX PRO HME Normal, B/30. Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH LARYVOX PRO HME normal de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 49841. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	**55,41**	**55,41**	**28-02-2023**
2402850	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, FAHL Highflow, B/30. Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH FAHL LARYVOX Highflow de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 49880. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	**55,41**	**55,41**	**28-02-2023**
2458944	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, FAHL Humidotwin, B/30. Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH FAHL Humidotwin de la société COLLIN.	**75,00**	**75,00**	**28-02-2023**

	La prise en charge est assurée pour la référence 46460. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.			
2485579	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, BLOMSINGER Cartridge, B/30. Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH BLOMSINGER HME Cartridge Classic flow de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE1055EZ. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	**55,41**	**55,41**	**28-02-2023**
2462740	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, BLOMSINGER Humidifilter, B/30. Conditionnement de 30 filtres ECH pour boitier réutilisable BLOM SINGER Humidifilter de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE1080. La prise en charge est assurée dans la limite d'un filtre par jour.	**51,00**	**51,00**	**28-02-2023**
2425790	Prothèse respiratoire, K7 usage unique, COLLIN, BLOMSINGER, B/30. Conditionnement de 30 filtres ECH pour valve automatique BLOM SINGER ATSV II de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE1030. La prise en charge est assurée dans la limite d'un filtre par jour.	**51,00**	**51,00**	**28-02-2023**

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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**40,94**	**40,94**	**31-07-2022**
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. 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.	**58,80**	**58,80**	**31-07-2022**
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.	**58,80**	**58,80**	**31-07-2022**
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.	**96,46**	**96,46**	**31-07-2022**

Société COLLIN SAS (COLLIN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2488997	Prothèse respiratoire, support adhésif, ovale, COLLIN, LARYVOX Tape flexible, B/15. Conditionnement de 15 supports de cassettes adhésifs LARYVOX Tape flexible ovale XL de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 48320. La durée de fixation d'un adhésif est de 24H. La prise en charge est assurée dans la limite de deux conditionnements de boite de 15 (soit 30 adhésifs par mois).	**41,38**	**41,38**	**28-02-2023**
2443782	Prothèse respiratoire, support adhésif, rectangulaire, COLLIN, LARYVOX, B/15. Conditionnement de 15 supports de cassettes adhésifs LARYVOX Tape flexible rectangulaire large de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 48400. La durée de fixation d'un adhésif est de 48H. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par mois (soit 15 adhésifs).	**82,77**	**82,77**	**28-02-2023**
2426335	Prothèse respiratoire, support adhésif, COLLIN, LARYVOX Tape Comfort, B/15. Conditionnement de 15 supports de cassettes adhésifs LARYVOX Tape comfort hypoallergénique (rond, ovale et ovale XL) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 48140, 48240 et 48340. La durée de fixation d'un adhésif est de 48H. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par mois (soit 15 adhésifs).	**82,77**	**82,77**	**28-02-2023**
2443842	Prothèse respiratoire, support adhésif, hydrocolloïde, COLLIN, LARYVOX, B/15. Conditionnement de 15 supports de cassettes adhésifs LARYVOX Tape hydrosoft hydrocolloïde (rond, ovale ou ovale XL) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 48130, 48230 et 48330. La durée de fixation d'un adhésif est de 24H. La prise en charge est assurée dans la limite de deux conditionnements de boite de 15 par mois (soit 30 adhésifs).	**68,54**	**68,54**	**28-02-2023**
2470336	Prothèse respiratoire, support adhésif, hypoallergénique, COLLIN, LARYVOX, B/15. Conditionnement de 15 supports de cassettes adhésifs LARYVOX Tape hypoallergénique (rond, ovale ou ovale XL) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 48050, 48150 et 48250. La durée de fixation d'un adhésif est de 48H. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par mois (soit 15 adhésifs).	**95,49**	**95,49**	**28-02-2023**
2410038	Prothèse respiratoire, support adhésif, élevé, COLLIN, BLOMSINGER Trueseal, B/30. Conditionnement de 30 supports de cassettes adhésifs BLOMSINGER TrueSeal, connecteur élevé, contour flexible (rond, ovale ou ovale XL) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références BE6070, BE6071 et BE6072. La durée de fixation d'un adhésif est de 24H. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par mois (soit 30 adhésifs).	**82,77**	**82,77**	**28-02-2023**
2473688	Prothèse respiratoire, support adhésif, bas profil, COLLIN, BLOMSINGER Trueseal, B/30. Conditionnement de 30 supports de cassettes adhésifs BLOMSINGER TrueSeal, connecteur central à bas profile, flexible (rond, ovale ou ovale XL) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références BE6074, BE6075 et BE6076.	**82,77**	**82,77**	**28-02-2023**

	La durée de fixation d'un adhésif est de 24H. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par mois (soit 30 adhésifs).			
2427961	Prothèse respiratoire, embase COLLIN, XTRA-EMBASE, B/1. Conditionnement d'une embase réutilisable (standard ou large) pour trachéostome profond de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références BE6038 et BE6039. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**7,53**	**7,53**	**28-02-2023**
2476669	Prothèse respiratoire, disques adhésifs, flexible, COLLIN, XTRA-EMBASE, B/30. Conditionnement de 30 disques adhésifs flexibles double-face pour XTRA-EMBASE (standard ou large) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références BE6043 et BE6044. La prise en charge est assurée dans la limite d'un adhésif par jour.	**20,00**	**20,00**	**28-02-2023**
2412095	Prothèse respiratoire, disques adhésifs, mousse, COLLIN, XTRA-EMBASE, B/30. Conditionnement de 30 disques adhésifs en mousse double-face pour XTRA-EMBASE (standard ou large) de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références BE6045 et BE6046. La prise en charge est assurée dans la limite d'un adhésif par jour.	**30,00**	**30,00**	**28-02-2023**
2487420	Prothèse respiratoire, boitier réutilisable + 7 filtres, COLLIN, BLOMSINGER Humidifilter. Conditionnement d'un boitier réutilisable BLOM SINGER Humidifilter ainsi que 7 filtres ECH de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE1060. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**35,00**	**35,00**	**28-02-2023**

Paragraphe 3 : Accessoires

Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2440654	Prothèse respiratoire, adaptateur de canule, ATOS, PROVOX HME. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**40,12**	**40,12**	**31-07-2022**
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.	**18,00**	**18,00**	**31-07-2022**
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.	**74,06**	**74,06**	**31-07-2022**
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.	**81,66**	**81,66**	**31-07-2022**
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.	**89,25**	**89,25**	**31-07-2022**
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.	**49,99**	**49,99**	**31-07- 2022**

	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. 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.	**16,66**	**16,66**	**31-07- 2022**
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.	**16,66**	**16,66**	**31-07- 2022**
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.	**16,66**	**16,66**	**31-07- 2022**
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.	**30,71**	**30,71**	**31-07- 2022**
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).	**15,00**	**15,00**	**15-06-2023**

Société COLLIN SAS (COLLIN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2449313	Prothèse respiratoire, calibreur, COLLIN, LARYNGOTEC standard, B/1. Conditionnement de un calibreur LARYNGOTEC standard non fenêtré stérile de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 14920-0744, 14920-0762, 14920-0844, 14920-0862, 14920-0944, 14920-0962, 14920-1044, 14920-1062, 14920-1244 et 14920-1262. La prise en charge est assurée dans la limite de deux calibreurs par an.	**74,06**	**74,06**	**28-02-2023**
2484812	Prothèse respiratoire, calibreur, COLLIN, LARYNGOTEC fenêtré, B/1. Conditionnement de un calibreur LARYNGOTEC fenêtré stérile de la société COLLIN.	**81,66**	**81,66**	**28-02-2023**

	La prise en charge est assurée pour les références 14720-0744, 14720-0762, 14720-0844, 14720-0862, 14720-0944, 14720-0962, 14720-1044, 14720-1062, 14720-1244 et 14720-1262. La prise en charge est assurée dans la limite de deux calibreurs par an..			
2424885	Prothèse respiratoire, calibreur, COLLIN, LARYNGOTEC à bague, B/1. Conditionnement de un calibreur LARYNGOTEC standard à bague (fenêtré ou non) stérile de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 14830-0844 ; 14830-0862 ; 14830-0944 ; 14830-0962 ; 14830-1044 ; 14830-1062 ; 14830-1244 ; 14830-1262 ; 14820-0844 ; 14820-0862 ; 14820-0944 ; 14820-0962 ; 14820-1044 ; 14820-1062 ; 14820-1244 ; 14820-1262. La prise en charge est assurée dans la limite de deux calibreurs par an..	**89,25**	**89,25**	**28-02-2023**
2496092	Prothèse respiratoire, bouton trachéal, COLLIN, LARYNGOTEC, B/1. Conditionnement de un bouton trachéal LARYNGOTEC avec œillets stérile de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour les références 15950-08 ; 15950-09 ; 15950-10 ; 15950-11 ; 15950-12 ; 15960-08 ; 15960-09 ; 15960-10 ; 15960-11 ; 15960-12. La prise en charge est assurée dans la limite de deux attributions par an..	**109,20**	**109,20**	**28-02-2023**
2408432	Prothèse respiratoire, valve automatique, COLLIN, LARYVOX KOMBI LOW RESISTANCE. Valve automatique pour phonation « mains libres » LARYVOX KOMBI LOW RESISTANCE de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 21982. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**213,53**	**213,53**	**28-02-2023**
2413344	Prothèse respiratoire, valve automatique, COLLIN, LARYVOX KOMBI NORM RESISTANCE. Valve automatique pour phonation « mains libres » LARYVOX KOMBI NORMAL RESISTANCE de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 21983. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**213,53**	**213,53**	**28-02-2023**
2478941	Prothèse respiratoire, protecteur de douche, COLLIN, LARYVOX. Protecteur de douche LARYVOX de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence 47400. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**18,00**	**18,00**	**28-02-2023**
2428110	Prothèse respiratoire, valve automatique, COLLIN, BLOM SINGER. Conditionnement d'une valve automatique BLOMSINGER ATSV II de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE8025H. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**144,00**	**144,00**	**28-02-2023**
2435216	Prothèse respiratoire, membrane, remplacement, COLLIN, BLOM SINGER. Conditionnement d'une membrane (=diaphragme) de phonation de remplacement BLOMSINGER ATSV II de la société COLLIN. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour la référence BE8026H. Date de fin de prise en charge : 28 février 2023	**50,15**	**50,15**	**28-02-2023**
2438634	Prothèse respiratoire, boitier fixation + filtres, valve, COLLIN, BLOM SINGER. Boitier de fixation des filtres pour valve BLOM SINGER ATSV II avec 7 filtres ECH de la société COLLIN. La prise en charge est assurée pour la référence BE1010. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	**45,00**	**45,00**	**28-02-2023**

Paragraphe 4 : Ensembles ou kits

Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)

Code	Nomenclature	TARIF	PLV	Date de fin de

		(en euros TTC)	(en euros TTC)	prise en charge
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.	**300,00**	**300,00**	**31-07-2022**
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. Date de fin de prise en charge : 31 juillet 2022.	**322,55**	**322,55**	**31-07-2022**
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.	**94,73**	**94,73**	**31-07-2022**
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.	**94,73**	**94,73**	**31-07-2022**
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.	**94,73**	**94,73**	**31-07-2022**
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.	**133,75**	**133,75**	**15-06-2023**

Société COLLIN SAS (COLLIN)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2447857	Prothèse respiratoire, kit démarrage, COLLIN, LARYVOX HME.	**133,75**	**133,75**	**28-02-2023**

	Kit de démarrage comprenant 5x3 adhésifs de chaque type de LARYVOX Tape, 15 cassettes ECH LARYVOX Pro HME densité standard (normal), 15 ECH LARYVOX Pro HME densité légère (HighFlow) 1 protecteur de douche, 15 lingettes de protection de la peau et 15 lingettes dissolvantes. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient. La référence prise en charge est 48815.			
2476729	Prothèse respiratoire, kit démarrage valve, COLLIN, BLOMSINGER. Kit de démarrage valve automatique de phonation mains libres comprenant une valve ATSV II automatique de phonation, 7 ECH, 1 embase, 2 adhésifs double face et 6 adhésifs TruSeal contour, skin-prep et remove. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient. La référence prise en charge est BE8024H.	**245,00**	**245,00**	**28-02-2023**

Section 6 : F. – Orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)

DESCRIPTION
L'orthèse d'avancée mandibulaire est un dispositif sur mesure ou de série
INDICATION
La prise en charge des orthèses d'avancée mandibulaire est assurée pour des patients ayant des apnées/hypopnées obstructives du sommeil et 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 :
- lorsque que l'indice d'apnées-hypopnées est compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associée (i.e. présence de, au moins, 10 micro-éveils par heure de sommeil ou présence d'une comorbidité cardio-vasculaire grave),
- 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), susceptible d'être aggravée par le SAHOS.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
La prescription de l'orthèse d'avancée mandibulaire par un spécialiste du sommeil est réalisée selon le schéma suivant :
- le diagnostic d'apnée du sommeil est documenté par un examen clinique et polysomnographique (ou par une polygraphie ventilatoire) ;
- avant la réalisation de l'OAM, un spécialiste de l'appareil manducateur réalise un bilan du système manducateur pour vérifier l'absence de contre-indication à la pose d'une OAM :
- en cas de contre-indication(s) définitive(s), le patient est informé et ré adressé au médecin prescripteur ;
- en cas de contre-indication(s) temporaire(s), le traitement par OAM est mise en œuvre après la réalisation des soins permettant de lever la (les) contre-indication (s) à la pose d'une OAM ;
- en l'absence de contre-indication, l'OAM est réalisée.
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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale.
L'efficacité de l'orthèse doit être contrôlée dans un délai maximal de trois mois par une polygraphie ventilatoire ou une polysomnographie par le médecin prescripteur. 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 concomitante d'un traitement par pression positive continue (PPC).
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société 3J SARL (3J)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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			**15-04-2018**

	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. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge 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. GARANTIE L'orthèse est garantie un an. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : - OPM01			

Société ONIRIS (ONIRIS)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2455325	Orthèse d'avancée mandibulaire, ONIRIS, TALI. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge 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. GARANTIE L'orthèse est garantie un an.	**459,00**	**459,00**	**15-09-2020**
2465967	Orthèse d'avancée mandibulaire, série, ONIRIS, ONIRIS PRO. L'orthèse ONIRIS PRO de la société ONIRIS est une orthèse d'avancée mandibulaire de série de type bi-bloc qui maintient la mâchoire inférieure en position avancée pendant le sommeil. Il s'agit d'une OAM thermoformée, directement adaptable sur les arcades dentaires du patient. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge qu'à l'issue d'une période de deux ans après l'appareillage	**69,00**	**69,00**	**31-08-2024**

	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. GARANTIE L'orthèse est garantie deux ans par le fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE - ONIRIS PRO taille standard (référence ONIPRO2SP T1), - ONIRIS PRO taille large (référence ONIPRO2SP T2).			

Societe RESMED SAS (RESMED)

Code	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2497884	Orthèse d'avancée mandibulaire, RESMED, NARVAL CC. Orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL CC de la société RESMED SAS. L'orthèse NARVAL CC est réalisée sur mesure à partir de matériaux biocompatibles et ajustée par rapport à l'enregistrement de la denture du patient (moulage). Les gouttières sont formées à partir de polyamide 12 (PA 2200) et sont également reliées entre elles par des biellettes en polyamide 11 (Rilsan), au niveau des triangles insérés. L'orthèse NARVAL CC est réalisée selon un procédé de conception et de fabrication assistée par ordinateur (procédé Cadcam), permettant de s'adapter aux différents types de denture du patient. **CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT** Le renouvellement n'est pris en charge qu'à l'issue d'une période de trois 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. **GARANTIE** L'orthèse est garantie trois ans par le fabricant.	**459,00**	**459,00**	**01-12-2024**

Société SOMNOMED SAS (SOMNOMED)

Code	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge qu'à l'issue d'une période de trois ans après l'appareillage	**459,00**	**459,00**	**15-09-2020**

	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. GARANTIE L'orthèse est garantie trois ans par le fabricant.			
2451474	Orthèse d'avancée mandibulaire, SOMNOMED, AMO. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge qu'à l'issue d'une période de trois 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. GARANTIE L'orthèse est garantie trois ans par le fabricant.		**459,00**	**01-01-2020**

Société BLUESOM SAS (BLUESOM)

Code	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2480330	Orthèse d'avancée mandibulaire provisoire, BLUESOM, BLUEPRO. BLUEPRO est une orthèse provisoire d'avancée mandibulaire monobloc indiquée dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructive du sommeil. BLUEPRO est utilisé pour tester l'efficacité du traitement par OAM sur une période maximale de 3 mois. Il s'agit d'un dispositif titrable et personnalisable par prise d'empreinte directe par thermo-modelage. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Test de l'efficacité du traitement par orthèse d'avancée mandibulaire pendant une période maximale de 3 mois chez les patients adultes ayant des apnées/hypopnées obstructives du sommeil et 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 : - lorsque que l'indice d'apnées hypopnées est compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associée (i.e. présence de, au moins, 10 micro-éveils par heure de sommeil ou présence d'une comorbidité cardio-vasculaire grave) ; - 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	**60,00**	**60,00**	**15-04-2024**

	auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée, antécédent d'accident vasculaire cérébral), susceptible d'être aggravée par le SAHOS. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription de l'orthèse d'avancée mandibulaire par un spécialiste du sommeil est réalisée selon le schéma suivant : - le diagnostic d'apnée du sommeil est documenté par un examen clinique et polysomnographique (ou par une polygraphie ventilatoire) ; - avant la réalisation de l'OAM, un spécialiste de l'appareil manducateur réalise un bilan du système manducateur pour vérifier l'absence de contre-indication à la pose d'une OAM : - en cas de contre-indication(s) définitive(s), le patient est informé et réadressé au médecin prescripteur ; - en l'absence de contre-indication, l'OAM est réalisée. Comme pour toutes les orthèses d'avancée mandibulaire, la prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. BLUEPRO étant une orthèse provisoire, le renouvellement de sa prise en charge n'est pas possible. L'efficacité de l'orthèse doit être contrôlée dans un délai maximal de trois mois par une polygraphie ventilatoire ou une polysomnographie par le médecin prescripteur. Un suivi rigoureux doit être effectué au long cours par un spécialiste du sommeil. REFERENCE PRISE EN CHARGE Modèle unique : BLUEPRO			

Société PANTHERA DENTAL (PANTHERA)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2445232	Orthèse d'avancée mandibulaire, PANTHERA, PANTHERA D-SAD DESCRIPTION PANTHERA D-SAD est une orthèse de type bi-bloc sur-mesure constituée de: – gouttières réalisées à partir d'une prise d'empreintes dentaires des arcades supérieures et inférieures de la mâchoire du patient; – articulées par un système de triangles et biellettes: les biellettes qui exercent la traction sur la mâchoire inférieure sont parallèles au plan auriculo-orbitaire. Les biellettes sont disponibles en différentes longueurs et munies d'un bouton d'ancrage à chacune des extrémités. La taille des biellettes permet de titrer l'avancement mandibulaire par pas de 0,5 mm sur 20 mm. CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT Le renouvellement n'est pris en charge qu'à l'issue d'une période de trois 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. GARANTIE L'orthèse est garantie trois ans par le fabricant.	**459,00**	**459,00**	**15-10-2025**

Chapitre 5. – Prothèses oculaires et faciales

Spécifications techniques – Prothèses oculaires

I. – 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'oeil. 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'oeil 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.

II. – Caractéristiques

Structure

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'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.

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.

Matériaux

A. – 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.

B. – 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'ocullariste.
L'ocullariste doit prévenir l'intéressé des risques inhérents à l'utilisation du matériau.
Ces limites de sécurité doivent être précisées par écrit par l'ocullariste fabricant dans la notice d'entretien obligatoire remise au patient

III. – Garantie générale

La garantie des prothèses oculaires en matières organiques est fixée à six ans ; celle des prothèses en verre à deux ans.

Nomenclature et tarifs

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 prescriptio effectuée par une médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes :opthalmologie, chirurgies maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie ORL et cervico-faciale.
La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.
Ces exigences de spécialités s'appliquent également à la prise en charge des renouvellements. Dans tous les cas, la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable c onforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.
Seules peuvent être remboursées les prothèses oculaires réalisées par un ocullariste exerçant sa profession dans les conditions prévues à l'article L. 4364-1 du code de santé publique, à celles des dispositions de la quatrième partie, livre III, titre VI, chapitre IV du même code applicables à cette profession et aux arrêtés pris pour leur application.
Les conditions générales de prise en charge des prothèses oculaires sont celles définies par les articles R. 165-26 à R. 165-29 du code de la sécurité sociale et par l'article L. 128 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.
Les organismes de prise en charge peuvent, avant de régler à l'ocullariste 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'ocullariste 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.

Section 1. – Prothèses oculaires

A. – 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.

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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2012.	**363,48**	**363,48**	**31-07-2022**
2531894	Prothèse oculaire provisoire avec prise d'empreinte. 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.	**439,21**	**439,21**	**31-07-2022**

Prothèse oculaire définitive après chirurgie mutilante

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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'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 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.	**975,00**	**975,00**	**31-07-2022**

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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2591583	Prothèse oculaire, renouvellement avec prise d'empreinte. La prothèse est réalisée sur mesure avec : - 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.	**845,00**	**845,00**	**31-07-2022**
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.	**487,26**	**487,26**	**31-07-2022**
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.	**747,15**	**747,15**	**31-07-2022**

B. – 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'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.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2541450	Prothèse oculaire provisoire, test de recouvrement, test de tolérance. Prothèse-test préalable pour globe oculaire non voyant ou malvoyant. 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	**156,50**	**156,50**	**31-07-2022**

	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.	**527,05**	**527,05**	**31-07-2022**
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. 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.	**918,80**	**918,80**	**31-07-2022**

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'ocularistе 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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2594044	Prothèse oculaire de recouvrement, renouvellement avec prise d'empreinte. La prothèse est 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 sur une cire calibrée selon l'épaisseur de la prothèse. Étude chromatique de l'iris et de la sclérotique.	**918,80**	**918,80**	**31-07-2022**
2540829	Prothèse oculaire recouvrt, renouvt 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. Reprise des études chromatiques de l'iris et de la sclérotique de la prothèse antérieure.	**620,95**	**620,95**	**31-07-2022**

C. – Divers

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**31,50**	**31,50**	**31-07-2022**
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.	**124,97**	**124,97**	**31-07-2022**
2545459	Prothèse oculaire palpébro-orbitaire, sur devis.	Devis	Devis	**31-07-2022**

2596439	Prothèse oculaire après kératoplastie, sur devis.	Devis	Devis	**31-07-2022**

D. – Verre scléral

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
2593257	Verre scléral perméable oxygène, LAO, SPOT, première mise. Première mise du verre scléral perméable oxygène SPOT du laboratoire d'appareillage oculaire.	**727,20**	**727,20**	**31-12-2020**
2590023	Verre scléral perméable oxygène, LAO, SPOT, renouvellement. Renouvellement du verre scléral perméable oxygène SPOT du Laboratoire d'appareillage oculaire.	**385,00**	**385,00**	**31-12-2020**

Section 2. – Prothèse faciale

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2575986 205B	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	**31-07-2022**

Section 3. – Frais d'expédition et frais accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
2593607	Prothèses faciales et oculaires, frais d'expédition/accessoires. Frais d'expédition des appareils et autres frais accissoires 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	31-07-2022

Chapitre 6. – Podo-orthèses

Spécifications techniques des chaussures orthopédiques, dénommées aussi chaussures thérapeutiques sur mesure et de l'appareil spécial sur moulage

I – 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 L. 5211-1 du code de la santé publique. Ces appareils sont qualifiés de « sur mesure » lorsqu'ils sont fabriqués dans les conditions prévues par l'article R. 665-24 dudit code. Dans ce cas, le fabricant doit satisfaire aux spécifications prévues au titre I du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique.

La chaussure orthopédique est adaptée à la pathologie du patient et est destinée à améliorer les fonctions de la marche.

1. 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 ;
- 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.

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.

II – Spécifications 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 aux dispositions du titre I du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique.

2 – Fabrication

2-1 – Tous les matériaux utilisés sont :

- de qualité,
- sans défaut,
- biocompatibles,
- réputés non allergiques,

- hygiéniques,
- confortables,
- non traumatisants.

En cas de litige sur la qualité des matériaux, une expertise peut être demandée à un organisme désigné par le ministre chargé de la santé.

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., 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.

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.

Dans tous les cas, la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R 165-23 du code de la sécurité sociale.

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.

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.

MODALITÉS DE FACTURATION DE SUPPLÉMENTS :
- Arrêté du 29-09-2003 (JO du 10-10-2003) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 27-02-2004 (JO du 10-03-2004) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
- Arrêté du 30-04-2004 (JO du 13-05-2004) fixant le prix de ventr public TTC des podo-orthèses inscrites au chapitre 6 du titre II de la LPP.
Article 2. – 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.
Article 3. – 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.
Article 4. – 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 dans les mêmes conditions que celles prévues par l'arrêté du 03-10-1983.

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 primière 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.

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2689974	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, la paire.	735,04	**735,04**	**31-07-2025**
2626614	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, porteur de pilon.	367,521	**367,52**	**31-07-2025**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2620400	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, la paire	**808,94**	**808,94**	**31-07-2025**
2648828	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, porteur de pilon.	**404,47**	**404,47**	**31-07-2025**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2646692 206B	Appareil podo-jambier spécial sur moulage. Pour chaussures de série ou orthopédiques	**430,96**	**430,96**	**31-07-2025**

Section 3. – Réparations, frais d'expédition et frais accessoires

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.

Forfaits réparations par paire de chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2673559 206D01	Forfait réparations, orthèses plantaires, la paire.	**125,02**	**125,02**	**31-07-2025**
2652988 206D02	Forfait réparations, tige, la paire.	**87,07**	**87,07**	**31-07-2025**
2683517 206D03	Forfait réparations, semelage, la paire.	**58,72**	**58,72**	**31-07-2025**

Forfaits réparations par chaussure et pour l'appareil spécial sur moulage

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2667062 206D01	Forfait réparations, orthèses plantaires, porteur de pilon.	**62,52**	**62,52**	**31-07-2025**
2622059 206D02	Forfait réparations, tige, porteur de pilon.	**43,51**	**43,51**	**31-07-2025**
2628145 206D03	Forfait réparations, semelage, porteur de pilon.	**29,37**	**29,37**	**31-07-2025**
2607841 206D04	Appareil spécial sur moulage, forfait réparations.	**55,63**	**55,63**	**31-07-2025**

Frais d'expédition et autres frais accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**31-07-2025**

Section 4. – Moulage

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
2681257	La prise en charge est assurée pour le moulage de la chaussure orthopédique sur mesure ainsi que pour l'appareil podo-jambier spécial.			**31-07-2025**
	Chaussure orthopédique sur mesure, moulage, quelle que soit la hauteur.	**49,49**	**49,49**	

Chapitre 7. – Orthoprothèses

La demande d'accord préalable est établie sur le formulaire comportant le n° d'homologation ministérielle S3604d. Dans l'espace « références LPP de l'appareil », l'orthoprothésiste précise à la fois :
- le code numérique à 7 caractères attribué à chaque appareil ou élément d'appareillage figurant dans la colonne « code » de la nomenclature,
- le code alpha numérique correspondant dans la colonne « référence » de la nomenclature,
En revanche, sur la feuille de soins, papier ou électronique, seul le code numérique à 7 caractères est mentionné.

Spécifications techniques

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.

I. – Conditions auxquelles doivent répondre les matières premières semi-produits et produits finis utilisés dans la fabrication des appareils

A. 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 elle-même pourront, à tout moment, être contrôlées aux différents stades de la production.

B. Conditions particulières aux matériaux

Les matériaux employés doivent répondre aux caractéristiques techniques ci-dessous définies :

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. 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.

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.

4. Alliages légers (codification D)

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.

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.

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.

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.

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.

8 bis. 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.

8 ter. 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.

9. 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 constituée 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.

10. 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 aucune 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.

11. 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).

11 bis. 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.

12. 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.

13. 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.

C. – Conditions particulières à certains produits finis

1° Vis. – 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.

II. – Conditions relatives à la fabrication, à la finition et à la présentation des appareils

A. 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.

B. Conditions particulières à l'exécution des pièces, ensembles et opérations communes à divers appareils

a) 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.

b) 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.

c) Attelles et embrasses

Les attelles doivent avoir, en général, les dimensions ci-après :
a) Membre supérieur : largeur de 12 à 18 mm, épaisseur de 2 à 3,5 mm;
b) 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.

d) 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 :
- soit au pinceau, par couches successives (3 au minimum) ;
- soit au pistolet, par couches également (3 au minimum) ;
- 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.

C. 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 et dans tous autres cas d'espèce qui pourront être appréciés, si nécessaire, par les commissions paritaires régionales prévues par la convention.

III. – Conditions de réception

Les appareils de prothèse ou d'orthopédie, qui doivent remplir toutes les conditions techniques indiquées précédemment, sont soumis à l'examen de la commission d'appareillage.
Lorsque cette commission a des raisons de supposer l'existence d'une malfaçon dans la construction de l'appareil, elle en ordonne le démontage en présence de l'orthopédiste. 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.

IV. – 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.

V. – 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 solidarité.
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.

VI. – 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 générale 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.

VII – Prothèse de contact pour amputation de jambe

La prothèse de contact pour amputation de jambe est constitué de trois parties :
a) Une emboîture comportant intérieurement un manchon amovible ou non,
b) Un segment jambier intermédiaire reliant l'emboîture au pied ;
c) 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 constitués 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 :

a) 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 ;

b) 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 pet être exécuté que par des fabricants spécialement agréés pour cette fabrication et déjà agréés pour la fourniture des appareils de prothèse en stratifiés.

VIII – 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 :

a) 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.

b) 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 :

a) 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 ;

b) Des montants rectilignes se fixant par vis à l'articulation de hanche ou à l'articulation du genou pour constituer le montant de cuisse ;

c) 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 ;

d) 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.

IX – Prothèse pour amputation de cuisse avec emboîtures de contact (1)

1. *Emboîture de contact remontant jusqu'à l'ischion, avec ou sans ischion inclus (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 spécifications techniques 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.

X – 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.

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 ;
- 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.

XI – 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 ischiojambiers.

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.

XII – 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.

XIII – 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.
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) Un châssis ;
b) Un bloc hydraulique ;
c) Un pied ;
d) Un mollet esthétique ;
e) Une emboîture.

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 :
a) Le contrôle de la cadence : agissant sur le passage du fluide, il se fait par le prothésiste durant les essais ;
b) La compensation de hauteur entre les talons de différentes épaisseurs : ce réglage est fait par le prothésiste ou par l'amputé ;
c) 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.

XIV – 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.
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 ;
b) Escalier.
Marche normale. – La prothèse dont le genou est bloqué par appui du talon au sol se débloque automatiquement dès que cet appui est supprimé.
Escalier. – Le genou fléchit lentement sous le poids assurant ainsi un freinage efficace, ce qui permet de passer-la marche occupée par la prothèse.

XV – 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.

XVI – 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 suffsamment 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.

XVII – 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.

XVIII – 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.
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 résistances 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.

XIX – 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 ;
- 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.
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 adjonction :
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.

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.
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.

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 semi-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.

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 ;
-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.

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 à 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.

Annexe V. – Pieds à restitution d'énergie

SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES
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).

I. – 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.

I-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.

I-1.1. 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

I-1.2. Identification du dispositif

Le fabricant doit faire figurer sur le pied, d'une manière indélébile et inamovible, un marquage permettant la traçabilité du produit.

I-2. Exigences de performance pour adultes (taille >= 22 cm)

I-2.1. 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.

I-2.2. 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.

I-2.3. Essai de résistance à la fatigue

I-2.3.1. Position du pied et orientation des forces :

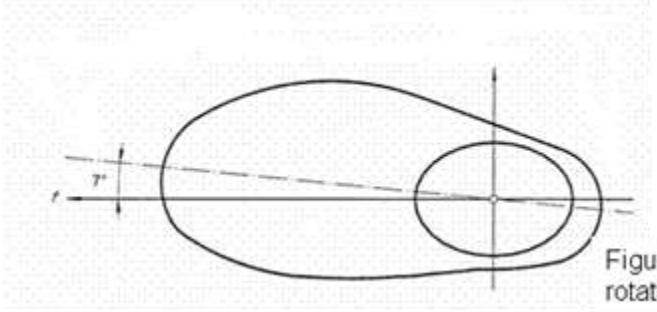


Figure 1 : axe du pied en rotation externe

L'axe du pied est tourné en rotation externe de 7° par rapport à l'axe de progression.

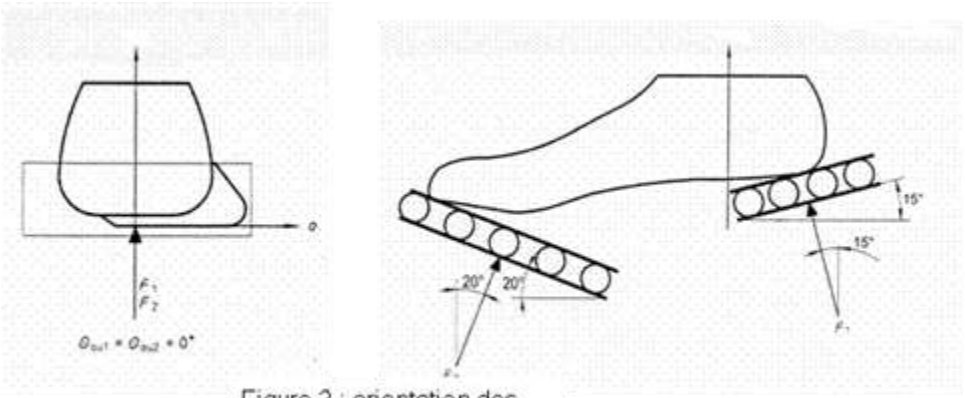


Figure 2 : orientation des forces

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.

I-2.3.2. 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.

I-2.4. Relevé des caractéristiques force/déformation

I-2.4.1. 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.

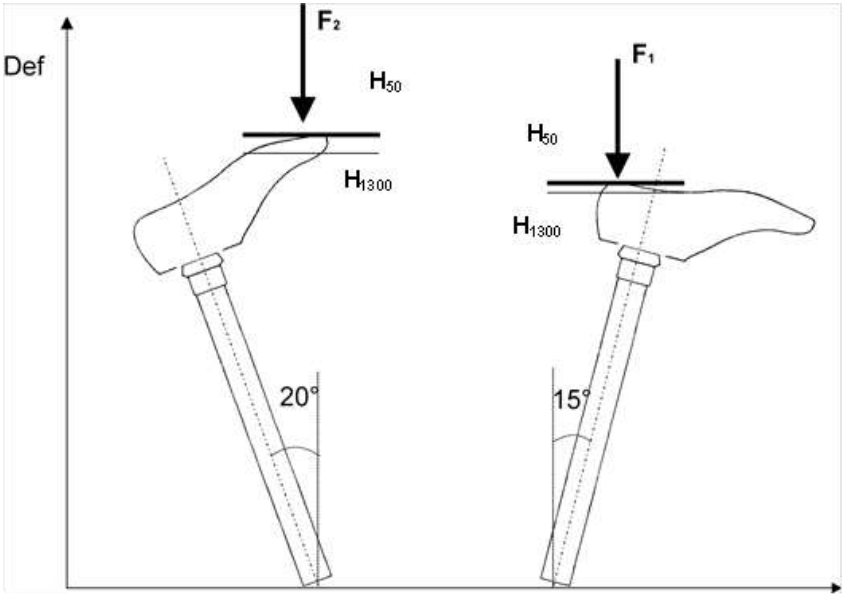


Figure 3 : relevé des efforts et de la

I-2.4.2. Courbes force/déformation :

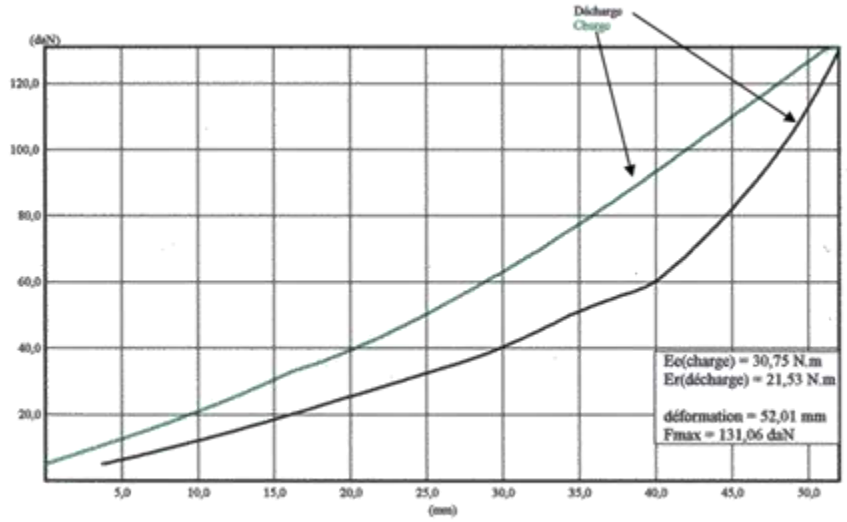


Figure 4 : courbe force/déformation, calcul de l'énergie

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 50-1300 N.

I-2.4.3. 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.

I-2.4.4. 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

I-2.4.5. 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.

I-2.5. 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.

I-2.5.1. 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.

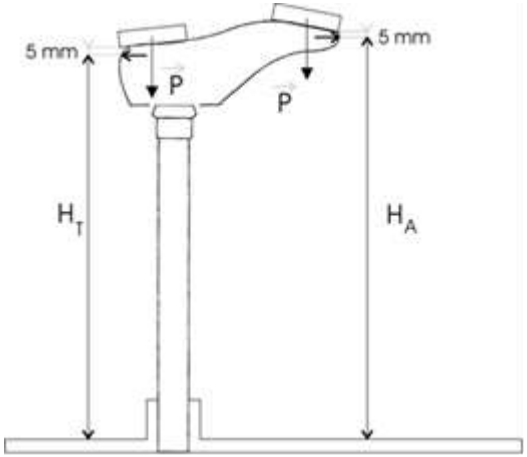


Figure 5 : mesure de la déformation permanente méthode en cours

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.

I-2.5.2. 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.

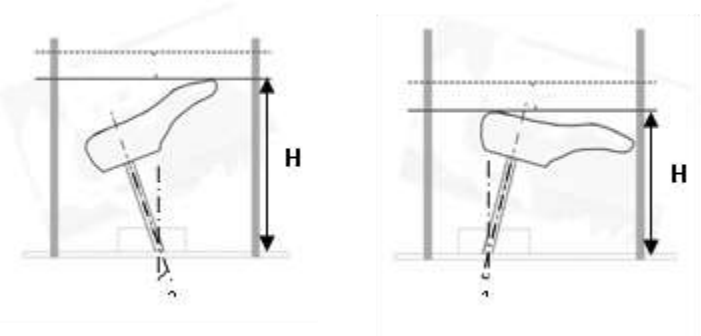


Figure 6 : mesure de la déformation permanente méthode expérimentale

H0 : hauteur initiale (mm).
HiM : hauteur après i cycles (mm).
DpiM= H0 – HiM
La charge F imposée est d'environ 20 N.

I-2.6. 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.

I-2.6.1. 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.

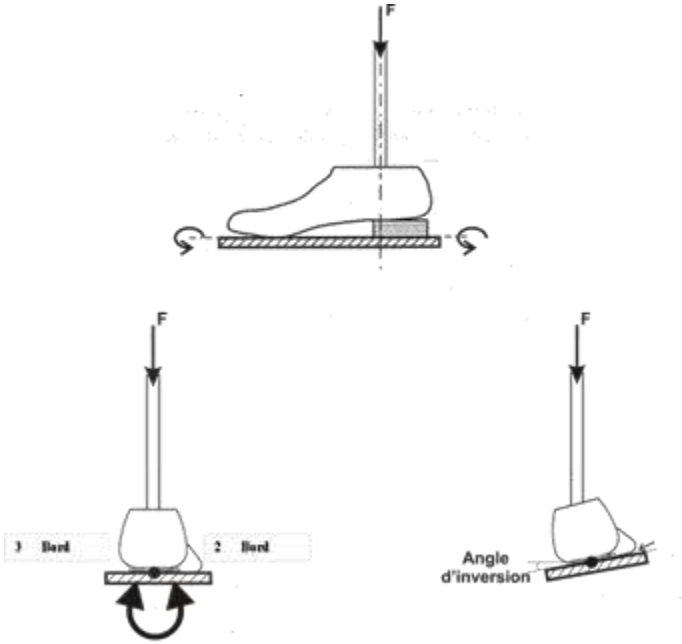


Figure 7 : détermination des angles d'éversion/inversion

I-2.6.2. Mode opératoire :

Emplacement du capteur afin de repérer le décollement du bord du pied :

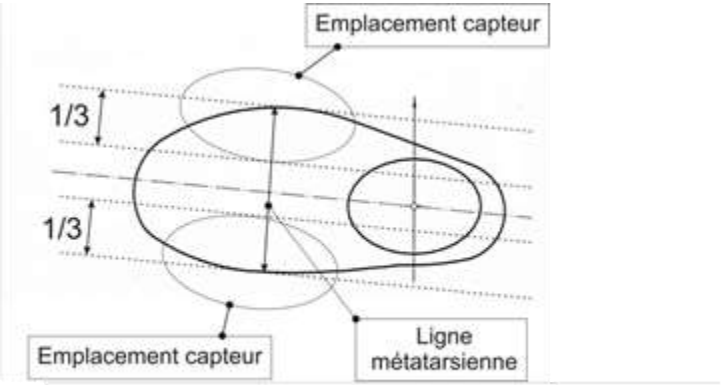


Figure 8 : emplacement des capteurs

Le capteur est placé sous l'avant-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 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.

I-2.6.3. 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.

I-2.7. 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.

I-2.7.1. 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.

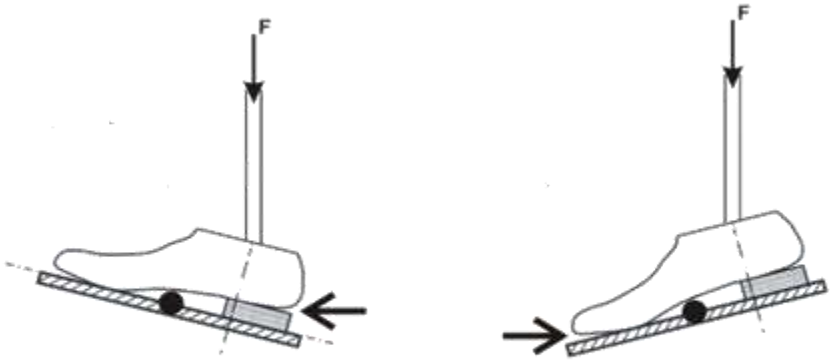


Figure 9 : détermination des angles de flexion dorsale et plantaire

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.

I-2.7.2. Mode opératoire :

Emplacement du capteur de pression afin de repérer le décollement du talon ou de l'avant-pied :

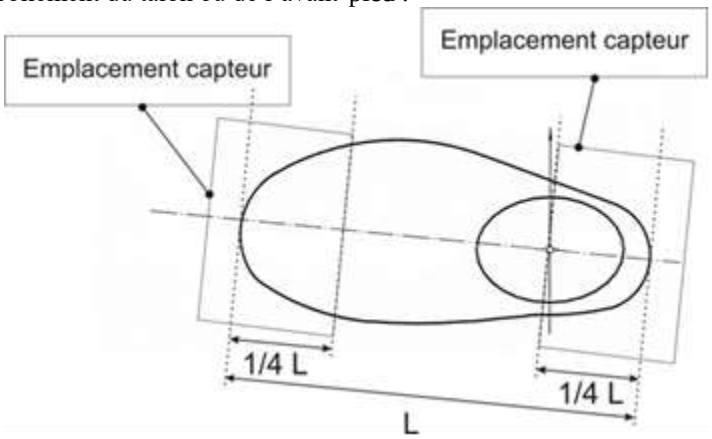


Figure 10 : emplacement des capteurs

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.

I-2.7.3. 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.

II. – 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). Les critères techniques évalués permettront de caractériser les pieds et de définir s'ils satisfont aux exigences de la ligne générique « pieds à restitution d'énergie pour enfant ».

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.

II-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.

II-1.1. Domaine d'application

Les effecteurs terminaux du membre inférieur à caractère propulsif, jusqu'à la taille 21 comprise, sont concernés par ces spécifications techniques.

II-1.2. Identification du dispositif

Le fabricant doit faire figurer sur le pied, d'une manière indélébile et inamovible, un marquage permettant la traçabilité du produit.

II-2. Exigences de performance pour enfants (taille <= 21 cm)

II-2.1. 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.

II-2.2. 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.

II-2.3. Essai de résistance à la fatigue

II-2.3.1. Position du pied et orientation des forces :

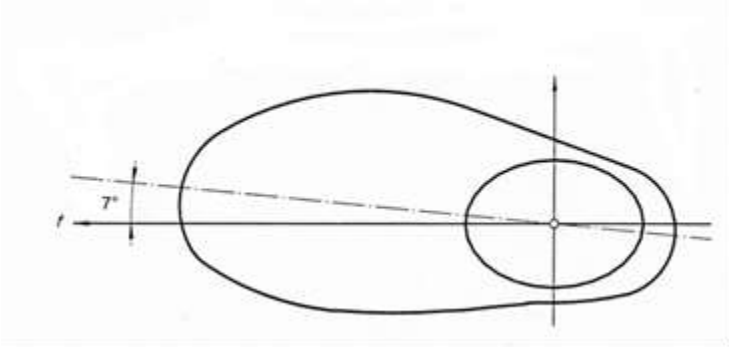


Figure 1 : axe du pied en rotation externe

L'axe du pied est tourné en rotation externe de 7° par rapport à l'axe de progression.

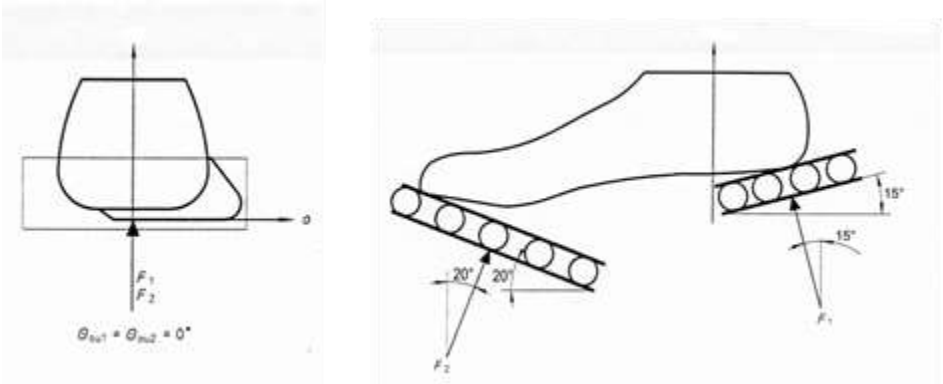


Figure 2 : orientation des forces

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.

II-2.3.2. 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.

II-2.4. Relevé des caractéristiques force/déformation et calcul du rendement

II-2.4.1.5. 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.

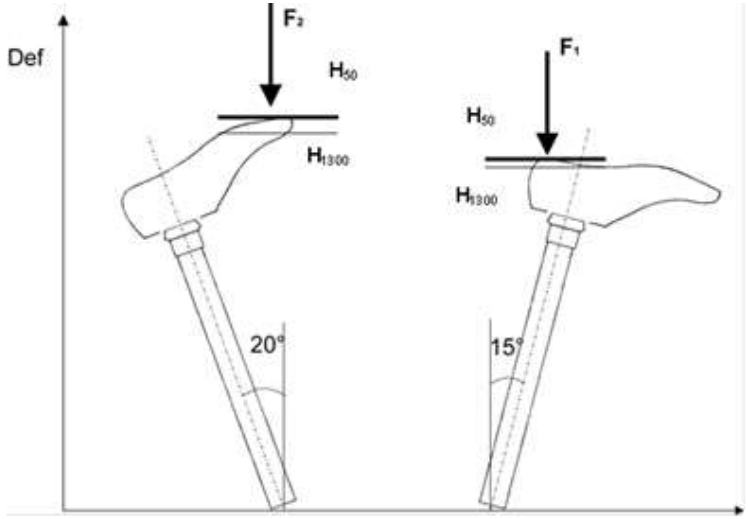


Figure 3 : relevé des efforts et de la déformation

II-2.4.2. Courbes force/déformation :

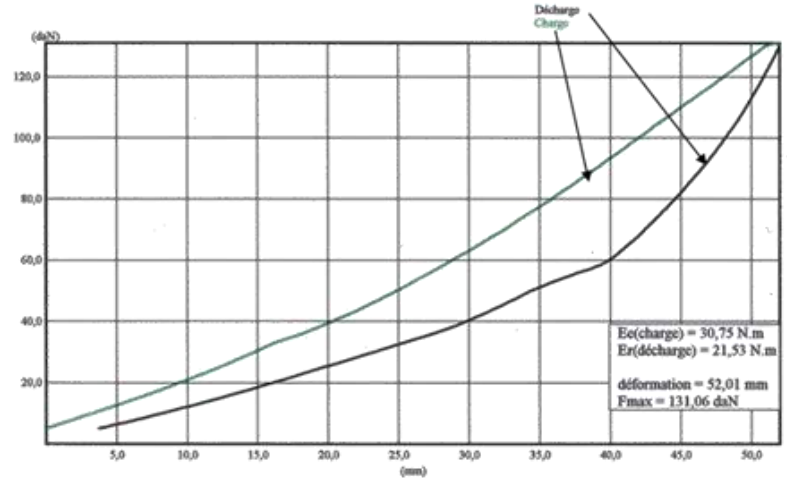


Figure 4 : courbe force/déformation, calcul de l'énergie

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 50-750 N.
Le rendement est calculé par le rapport énergie restituée (Er) sur énergie emmagasinée (Ee) multiplié par 100.

II-2.4.3. 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.

II-2.4.4. 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 de points total en tenant compte des pondérations est obtenu comme suit :
P = nombre total de points = 4I1 + 3I2 + 4I3 + 7I4

II-2.4.5. Calcul du rendement de l’avant-pied :

R = (Er/Ee) × 100
Les énergies sont calculées au cours du relevé de caractéristiques (2.4.2).

II-2.4.6. 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.

V. – 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 :

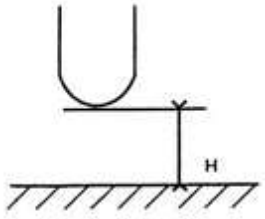


Figure 2 : Mesure de la distance minimale nécessaire entre le sol et l’extrémité de l’emboîture

(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.

VI. – 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.

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.

Nomenclature et tarifs

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 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 prise en charge des orthoprothèses est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article R 165-23 du code de la sécurité sociale.

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.

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.

Section I. – Appareillage du membre supérieur

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.

A. – Prothèse du membre supérieur

§ 1. – Appareils types et variantes

I. Prothèses de travail (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)

PS9 : Amputation des doigts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2786111	PS9C02		**504,35**	**31-07-2019**

	Pour ablation totale des doigts 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			
2779370	PS9R11 *Prothèse confectionnée sur l'amputé permettant l'opposition avec le pouce ou les doigts restants* Chlorure de polyvinyle		**396,63**	**31-07-2019**

PS8 : Amputation transmétacarpienne

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2738738	PS8C10 *Pour ablation totale des doigts* Cuir moulé (2)		**Sur devis**	**31-07-2019**

PS6 : Amputation d'avant-bras moignons moyens ou longs (avec pronation – supination)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2712561	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)		**840,41**	**31-07-2019**

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2783911	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)		**908,01**	**31-07-2019**

II. Prothèses de service (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)

PS9 : Amputation des doigts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2712265	PS9S01		**928,51**	**31-07-2019**

	Pour amputation d'un ou plusieurs doigts avec conservation du pouce 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			
2785904	PS9S02 *Pour amputation du pouce* 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		**545,19**	**31-07-2019**

PS8 : Amputation transmétacarpienne

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2762725	PS8S01 *Pour amputation transmétacarpienne avec conservation du pouce* 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		**928,51**	**31-07-2019**

PS6 : Amputation d'avant-bras, moignons moyens ou longs (Avec pronation – supination)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2790779	PS6S20 Stratifié de polyester avec emboîture de contact (6).		**1 092,96**	**31-07-2019**

PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (Sans pronation – supination)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2742651	PS5S20 Stratifié de polyester avec emboîture de contact (4) (6)		**1 545,80**	**31-07-2019**

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2757240	PS4S20 Stratifié de polyester avec emboîture de contact (4) (6)		**1 603,35**	**31-07-2019**

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2769288	PS3S20 Stratifié de polyester avec emboîture de contact (4) (6)		**1 567,84**	**31-07-2019**

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2704030	PS2S20 Stratifié de polyester avec emboîture de contact (4) (6)		**1 713,59**	**31-07-2019**

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts assimilables

	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 figurantsous la rubrique PS3 à l'exclusion des prothèses avec emboîture de contact.	Voir prothèses

Bonnet et gaine couvre-moignon

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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)			
2744851	PS31 Bonnet couvre-moignon pour bras		**12,48**	**31-07-2019**
2758592	PS61 Bonnet couvre-moignon pour avant-bras		**11,69**	**31-07-2019**
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse dite de contact ou classique (épaisseur 3 fils)			
2778270	PS32 Bonnet couvre-moignon pour bras		**11,99**	**31-07-2019**
2700782	PS62 Bonnet couvre-moignon pour avant-bras		**11,44**	**31-07-2019**
	Gaine couvre moignon en textile artificiel 100 % polyamide avec fermeture distale par remaillage classique.			
2705176	PS72 Gaine couvre moignon pour bras ou avant bras.		**9,45**	**31-07-2019**

Fix-prothèse

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	La prise en charge est assurée dans la limite de deux fix-prothèses maximum par an.			

2794866	PS42 Dispositif réservé au maintien d'avant-bras contact, réalisé en tricot tramé élastique à extensibilité différenciée sur trois niveaux		**49,97**	**31-07-2019**

III. Prothèses de vie sociale

A. – Prothèses en chlorure de polyvinyle (1) (Le tarif de ces prothèses comprend le prix du moulage)

PS9 : Amputation des doigts

(Avec gant et pièce intermédiaire)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Chlorure de polyvinyle :			
2711768	PS9R01A Attribution en première mise (par doigt)		**356,88**	**31-07-2019**
2722772	PS9R01B Attribution en deuxième mise et renouvellement (par doigt)		**22,64**	**31-07-2019**

PS8 : Amputation transmétacarpienne

(Avec pièce intermédiaire paume, pièces intermédiaires doigts et gant avec ou sans fermeture à glissière)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2782886	PS8R01 Chlorure de polyvinyle pour amputation partielle avec conservation d'un ou de plusieurs doigts		**539,91**	**31-07-2019**
2753896	PS8R02 Chlorure de polyvinyle pour amputation ayant entraîné l'ablation totale des doigts		**448,08**	**31-07-2019**

PS7 : Désarticulation carpienne et radio-carpienne

(Calotte, armature médiane, pièce intermédiaire, manchon de succion, raccord de poignet, gant-main compris)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2730375	PS7R01 Chlorure de polyvinyle		**448,08**	**31-07-2019**

PS6 : Amputation d'avant-bras, moignons moyens ou longs (Avec pronation-supination)

(Calotte, armature médiane, pièce intermédiaire, manchon de succion, raccord de poignet, gant-main compris)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge

2741054	PS6R01 Chlorure de polyvinyle		**1 046,14**	**31-07-2019**

PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (Sans pronation-supination)

(Calotte, armature médiane, manchon de succion, raccord de poignet, gant compris)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2727150	PS5R01 Chlorure de polyvinyle.		**1 046,14**	**31-07-2019**

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

(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)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2756498	PS4R01 Chlorure de polyvinyle		**1 615,11**	**31-07-2019**

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens ou longs

(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)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2767680	PS3R01 Chlorure de polyvinyle		**1 615,11**	**31-07-2019**

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

(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)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge

2774527	PS2R01 Chlorure de polyvinyle		**1 758,64**	**31-07-2019**

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts ankylosés

(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)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2796753	PS1R01 Chlorure de polyvinyle		**1 758,64**	**31-07-2019**

B. – Prothèses tubulaires (1) (Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage)

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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.			
2766539	PS4Z20 Emboîture en stratifié de polyester		**1 090,23**	**31-07-2019**

PS3 : Amputation du bras, moignons moyens ou longs

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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.			
2776160	PS3Z20 Emboîture en stratifié de polyester		**1 107,50**	**31-07-2019**

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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.			
2748458	PS2Z20 Emboîture en stratifié de polyester		**1 395,82**	**31-07-2019**

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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			
2766841	PS1Z01 Avec articulation d'épaule simple à friction		**1 554,22**	**31-07-2019**
2798338	PS1Z02 Avec articulation d'épaule à rotule		**1 581,24**	**31-07-2019**
2742941	PS1Z03 Avec liaison souple à l'épaule joignant le corselet de fixation au tube du segment de bras.		**1 254,94**	**31-07-2019**

§ 2. – Adjonctions

I. – Adjonctions particulières aux prothèses de travail

A. – Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	a) Culture et jardinage			
2748139	AS9A10 Agriculteur Julien		**72,75**	**31-07-2019**
	b) Outils professionnels			
2775857	AS9A31 Anneau crochet ordinaire		**24,44**	**31-07-2019**
2707815	AS9A35 Étau sur chape		**105,13**	**31-07-2019**
2728390	AS9A36 Étau sur rotule		**105,13**	**31-07-2019**
2734982	AS9A37 Marteau simple		**28,10**	**31-07-2019**
2784490	AS9A38 Marteau antivibrateur		**40,33**	**31-07-2019**
	c) Dispositifs ou outils spéciaux			
	Ces dispositifs sont exécutés		**Sur devis**	

B. – Adjonctions complémentaires (Queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2725316	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)		**83,13**	**31-07-2019**
2798775	AS7A10 Queue de prise rapide pour prise rapide à guillotine		**14,06**	**31-07-2019**
2759700	AS4A01 Verrou de coude à blocage manuel		**104,52**	**31-07-2019**
2786281	AS4C01 Bracelet facultatif pour prothèse pour amputation d'avant-bras		**92,90**	**31-07-2019**
2708766	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)		**64,75**	**31-07-2019**
2716990	AS1C01 Épaulière ordinaire		**63,70**	**31-07-2019**
2781310	AS1T01 Épaulière en « X »		**50,22**	**31-07-2019**
2731512	AS1T02 Épaulière avec coulisseau		**59,31**	**31-07-2019**
2710125	AS1A01 Articulation simple d'épaule (pièce sur pièce)		**135,66**	**31-07-2019**
2795179	AS1A02 Articulation double d'épaule (à charnière et articulation pièce sur pièce)		**189,50**	**31-07-2019**
2782509	AS9Z95 Pince 3 ressorts (type Link)		**1 330,96**	**31-07-2019**

C. – Adjonctions particulières aux prothèses en polyester

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2795096	AS1Z01 Système de sangles passant autour de l'épaule opposée à l'amputation avec câble de commande relié au dispositif terminal		**146,52**	**31-07-2019**

D. – Adjonctions particulières

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2772008	AS9A01 Pince amovible s'adaptant sur l'appareil mixte		**Sur devis**	**31-07-2019**
2750159	AS3C10 Brassard extensible		**Sur devis**	**31-07-2019**
2710823	AS9A03 Adaptation d'outils professionnels		**Sur devis**	**31-07-2019**

II.- Adjonctions particulières aux prothèses de service

A. – Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Dispositifs ou outils spéciaux			
	Ces dispositifs ou outils sont exécutés		**Sur devis**	

B. – Mains

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2702321	AS9S01 Main en matière plastique avec pouce articulé et queue de prise rapide à guillotine, commande par tirage extérieur comprise		**295,37**	**31-07-2019**
2780806	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		**994,78**	**31-07-2019**
2703088	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 positions de fermeture de la main. Gant esthétique en matière plastique et queue de prise rapide à guillotine		**1 085,50**	**31-07-2019**
2734924	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		**994,78**	**31-07-2019**
2723694	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		**1 502,64**	**31-07-2019**
	Suppléments pour :			
2746710	AS9D50 Trois doigts mobilisés (index, majeur et annulaire) [11]		**94,71**	**31-07-2019**
2717794	AS9D51 Une articulation inter phalangienne proximale (index, majeur et annulaire) [11]		**175,00**	**31-07-2019**
2758391	AS9D52 Variateur favorisant la force de préhension [11]		**293,93**	**31-07-2019**
2708619	AS9D53		**25,83**	**31-07-2019**

	Dispositif passif de prono-supination à friction réglable et blocage instantané [11]			
2707548	AS9D54 Dispositif passif de prono-supination à rotule à friction réglable et blocage instantané [11]		**96,03**	**31-07-2019**
2726698	AS9R01 Gant de recouvrement en chlorure de polyvinyle		**92,70**	**31-07-2019**
2738750	AS9R50 Gant de recouvrement en silicone (12)		**298,90**	**31-07-2019**
2726400	AS9R02 Main souple de vie sociale, gant, pièce intermédiaire paume, pièces intermédiaires doigts, queue de prise rapide à guillotine comprise		**388,06**	**31-07-2019**
2766918	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 AS7A01 (2725316) du prix de la prothèse si celle-ci est prévue à l'origine avec une prise rapide)		**Sur devis**	**31-07-2019**

B1. – Mains pour enfants

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2731601	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)		**430,62**	**31-07-2019**

C. – Crochets-pinces

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2781190	AS9A85 Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort métal ou caoutchouc, commande par tirage extérieur, avec queue de prise rapide à guillotine		**124,70**	**31-07-2019**
2787151	AS9A86 Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort, commande par poussoir central avec queue de prise rapide à guillotine		**270,18**	**31-07-2019**
2723576	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)		**256,50**	**31-07-2019**
2759953	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)		**223,58**	**31-07-2019**
2724305	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)		**241,83**	**31-07-2019**
2768107	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)		**465,48**	**31-07-2019**

2774208	AS9D91 Pince tndigitale à ouverture active, commande par tirage extérieur, avec queue de prise raide à guillotine (pour adultes)		**852,67**	**31-07-2019**
2744957	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)		**652,36**	**31-07-2019**
2785910	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		**707,61**	**31-07-2019**

D. – Dispositifs complémentaires

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2724535	AS7A20 Dispositif de pro supination du poignet (à frottement dur)		**32,99**	**31-07-2019**
2765735	AS7A21 Le même à plots avec blocage		**70,29**	**31-07-2019**
2720371	AS7A22 Poignet à rotule (à frottement dur)		**44,00**	**31-07-2019**
2748984	AS7A02 Supplément pour remplacement de la prise rapide à guillotine par une prise rapide à poussoir central, commande comprise		**53,79**	**31-07-2019**
2783294	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		**42,77**	**31-07-2019**
2798775	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		**14,06**	**31-07-2019**
2712124	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		**28,71**	**31-07-2019**
2743060	AS4Z10 Commande active simple flexion de l'avant-bras avec adaptation sur bretelle de suspension		**59,65**	**31-07-2019**
2714531	AS4Z11 Commande active de flexion de l'avant-bras avec surmultiplication et adaptation sur la bretelle de suspension (prothèse pour amputation de bras)		**206,37**	**31-07-2019**
2742585	AS4Z12 Commande active simple de verrouillage de coude avec adaptation sur la bretelle de suspension		**59,65**	**31-07-2019**
2750410	AS4A02 Verrou de coude automatique		**88,64**	**31-07-2019**
2753063	AS4A03		**160,17**	**31-07-2019**

	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			
2767102	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)		**372,28**	**31-07-2019**
2766640	AS4A05 Supplément pour ferrure spéciale de coude (prothèse pour désarticulation de coude) avec verrouillage extérieur à commande active (dispositif de commande non compris)		**421,18**	**31-07-2019**
2731995	AS3A10 Supplément pour dispositif rotatif permettant les mouvements passifs d'abduction – adduction de l'avant-bras (prothèse pour amputation de bras)		**87,36**	**31-07-2019**
2784916	AS4A15 Supplément pour articulation polycentrique (prothèse pour amputation d'avant-bras)		**30,55**	**31-07-2019**
2788340	AS4A16 Supplément pour articulation du coude avec surmultiplication de flexion (prothèse pour amputation d'avant-bras)		**84,37**	**31-07-2019**
2715312	AS4Z51 Coude à système d'assistance à la flexion de l'avant-bras (y compris montage et adaptation)		**3 230,93**	**31-07-2019**
2709381	AS4Z52 Coude à système d'assistance à la flexion de l'avant-bras et verrou (y compris montage et adaptation)		**4 273,40**	**31-07-2019**
2768120	AS6S01 Double emboîture en matière plastique adaptée à une prothèse pour amputation d'avant-bras		**101,32**	**31-07-2019**
2716790	AS3S01 Double emboîture en matière plastique adaptée à une prothèse pour amputation de bras.		**141,83**	**31-07-2019**

E. – Adjonctions particulières aux prothèses de contact

1. Adaptables aux prothèses pour amputation d'avant-bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2734746	AS6G01 Manchon intermédiaire.		**127,13**	**31-07-2019**
2765362	AS6Z03 Manchon en silicone préfabriqué ou injecté de qualité médicale. 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)		**957,08**	**31-07-2019**
2765340	AS6G02 Dispositif pneumatique pour compenser les variations du volume du moignon		**73,81**	**31-07-2019**
2715128	AS6S03 Valve d'obturation		**37,32**	**31-07-2019**

2. Adaptables aux prothèses pour amputation de bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2748470	AS3G01 Manchon intermédiaire		**127,13**	**31-07-2019**

2706827	AS3G02 Dispositif pneumatique pour compenser les variations du volume du moignon		**73,81**	**31-07-2019**
2779341	AS3S03 Valve d'obturation		**37,32**	**31-07-2019**

F. – Corselet de fixation pour prothèse pour désarticulation d'épaule

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Corselet de fixation avec articulation d'épaule double			
2796032	AS1C10 Cuir moulé		**374,68**	**31-07-2019**
2751992	AS1S10 Stratifié de polyester		**321,36**	**31-07-2019**

III.- Adjonctions communes aux prothèses de travail et aux prothèses de service

A. – Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide comprise)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2770340	AS9A20 Couteau		**18,34**	**31-07-2019**
2749564	AS9A21 Cuillère		**19,56**	**31-07-2019**
2712584	AS9A22 Fourchette		**19,56**	**31-07-2019**
2741002	AS9A25 Porte-brosse		**25,65**	**31-07-2019**
2743573	AS9A61 Collier à boule pour volant auto		**18,34**	**31-07-2019**
2727440	AS9A62 Dispositif à calotte pour conduite auto		**21,13**	**31-07-2019**

B. – Gainages

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2769549	AS6C02 Gainage d'un montant d'avant-bras		**7,78**	**31-07-2019**

2703964	AS3C01 Gainage d'un montant de bras (tête d'articulation comprise)		**10,78**	**31-07-2019**
2738514	AS6C01 Gainage d'une embrasse d'avant-bras		**7,78**	**31-07-2019**
2770067	AS3C02 Gainage d'une embrasse de bras		**7,78**	**31-07-2019**
2737928	AS3C03 Gainage d'une embrasse en « S »		**8,38**	**31-07-2019**
2758439	AS5C01 Gainage d'une tête d'articulation.		**5,99**	**31-07-2019**

IV. – Adjonctions particulières aux prothèses de vie sociale

A. – Prothèses en chlorure de polyvinyle

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2781361	AS8R01 Remplacement d'une pièce intermédiaire paume dure par une pièce intermédiaire paume souple		**Sur devis**	**31-07-2019**
2700032	AS4R01 Verrou de coude sur prothèses des types PS4R01 (2756498), PS3R01 (2767680), PS2R01 (2774527), PS1R01 (2796753)		**105,16**	**31-07-2019**
2782515	AS6R50 Manchon d'avant-bras en silicone		**267,77**	**31-07-2019**

B. – Prothèses tubulaires

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2770179	AS9Z01 Main souple avec gant à manchette longue avec queue filetée pour montage sur tube d'avant-bras		**417,86**	**31-07-2019**

B. – Orthopédie du membre supérieur

§ 1. – Appareils types et variantes

OS79 : Main et doigts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Appareils de maintien d'un ou plusieurs doigts			
2798516	OS79G01 Appareil de maintien d'un ou des doigt(s) en polyisoprène (9)		**183,54**	**31-07-2019**
2787292	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)		**244,75**	**31-07-2019**

OS59 : Avant-bras, main et doigts

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Articulé permettant la préhension par flexion dorsale de la main			
2772988	OS59A01 Armature acier, embrasses matière plastique		**Sur devis**	**31-07-2019**
	Gaine rigide (pouvant être portée de jour, de nuit ou jour et nuit, selon prescription médicale)			
2772020	OS59G01 Polyisoprène sans armature (9)		**386,46**	**31-07-2019**
2714548	OS59U01 Textile Z 2 enduit de mousse de polyuréthane		**124,65**	**31-07-2019**
2740072	OS59U02 Textile Z 4 enduit de mousse de polyuréthane		**125,60**	**31-07-2019**

OS58 : Avant-brassard, demi-gantelet

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine enveloppant la région métacarpienne et l'avant-bras			
	Cuir moulé :			
2710332	OS58C01 Sans armature métallique		**337,43**	**31-07-2019**
	Avec armature métallique constituée par :			**31-07-2019**
2776638	OS58C02 a) Une seule attelle palmaire		**377,37**	**31-07-2019**
2706371	OS58C03 b) Une attelle palmaire, un petit montant sur la face dorsale de la main et deux embrasses		**455,95**	**31-07-2019**
	Polyisoprène :			
2758149	OS58G01 Sans armature (9)		**300,11**	**31-07-2019**
2749417	OS58G02 Avec armature constituée par une seule attelle palmaire		**369,61**	**31-07-2019**
2771084	OS58U02 Textile Z 3 enduit de mousse de polyuréthane		**123,95**	**31-07-2019**
2794056	OS58G03 Orthèse dynamique de main, avant-bras, articulée au poignet (9)		**417,84**	**31-07-2019**
2750745	OS58N01 Polyoléfine (sans armature)		**274,09**	**31-07-2019**
2723642	OS58N02		**350,06**	**31-07-2019**

	Polyoléfine (avec armature)			
2747476	OS58S01 Stratifié de polyester		**236,79**	**31-07-2019**

OS57 : Avant-brassard jusqu'à l'articulation radio-carpienne

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine rigide d'avant-bras			
2719422	OS57C01 Cuir moulé (armature constituée par deux montants et deux embrasses)		**385,08**	**31-07-2019**
2782194	OS57N01 Polyoléfine (sans armature)		**228,87**	**31-07-2019**
2718670	OS57N02 Polyoléfine (avec armature)		**296,19**	**31-07-2019**
2746442	OS57S01 Stratifié de polyester		**189,09**	**31-07-2019**
2714784	OS57G01 Polyisoprène sans armature (9)		**263,96**	**31-07-2019**

OS36 : Avant-bras et bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Articulé au coude (pour coude ballant)			
2703639	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)		**714,43**	**31-07-2019**
2742450	OS36N02 Polyoléfine (avec armature)		**488,56**	**31-07-2019**
2741031	OS36S02 Stratifié (orthèse hélicoïdale constituée de structure brachiale et antibrachiale, avec articulations libres du coude)		**1 083,93**	**31-07-2019**
2784610	OS36G01 Polyisoprène (orthèse pour paralysie obstétricale avec ou sans palette palmaire)		**591,19**	**31-07-2019**
2793559	OS36N20 Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale avec articulation de coude à crémaillère)		**986,28**	**31-07-2019**
2754588	OS36N21 Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale avec articulation de coude à flexion automatique)		**1 073,78**	**31-07-2019**
	Rigide au coude			
2705213	OS36N11 Polyoléfine (sans armature).		**339,51**	**31-07-2019**
2799059	OS36N12 Polyoléfine (avec armature)		**424,03**	**31-07-2019**
2713827	OS36N22 Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale, rigide au coude, sans palette palmaire)		**592,43**	**31-07-2019**
2703875	OS36S10		**335,44**	**31-07-2019**

	Stratifié de polyester, bivalve			
2711248	OS36G02 Polyisoprène (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale, rigide au coude, sans palette palmaire)		**520,04**	**31-07-2019**
2713106	OS36G10 Polyisoprène sans armature		**453,42**	**31-07-2019**

OS38 : Mains, avant-bras et bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2791626	OS38U01 Textile Z 5 enduit de mousse de polyuréthane		**157,63**	**31-07-2019**

OS16 : Épaule, bras et avant-bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine rigide épaulière-brassard avec avant-brassard articulé			
	(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) :			
2758110	OS16N02 Polyoléfine (avec armature)		**599,15**	**31-07-2019**
2749386	OS16N12 Polyoléfine (orthèse hélicoïdale rigide, sans palette palmaire)		**883,78**	**31-07-2019**
2755607	OS16G01 Polyisoprène (orthèse hélicoïdale rigide, sans palette palmaire)		**1 065,85**	**31-07-2019**

OS13 : Épaule, bras

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine rigide épaulière-brassard			
2779890	OS13N01 Polyoléfine (sans armature)		**371,23**	**31-07-2019**
2735214	OS13N02 Polyoléfine (avec armature)		**553,98**	**31-07-2019**
2794033	OS13S01 Stratifié de polyester		**351,06**	**31-07-2019**
2712503	OS13G01		**478,97**	**31-07-2019**

	Polyisoprène (sans armature)			

§ 2. – Adjonctions

Main

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	a) Adjonctions particulières à un appareil			
2783615	AS8A01 Porte-outil disposé sur avant-brassard demi-gantelet avec armature.		**71,50**	**31-07-2019**
	b) Adjonctions communes à plusieurs appareils			
2720626	AS89A01 Système dynamique d'extension d'un doigt		**40,99**	**31-07-2019**
2748613	AS89A02 Système dynamique de flexion d'un doigt avec son dispositif d'attache		**91,68**	**31-07-2019**
2715217	AS78A01 Palette palmaire amovible		**70,93**	**31-07-2019**
2770759	AS78A02 Dispositif pour paralysie radiale		**130,92**	**31-07-2019**
2755978	AS78D01 Système dynamique d'extension ou de flexion du poignet avec ressort en acier inoxydable ou en élastique		**96,78**	**31-07-2019**
2746790	AS78G01 Palette palmaire en polyisoprène		**77,36**	**31-07-2019**

Coude

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2753034	AS4A10 Articulations de coude à chape en remplacement des articulations pièce sur pièce		**44,41**	**31-07-2019**
2759700	AS4A01 Verrou de coude à blocage manuel		**104,52**	**31-07-2019**

Épaule

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2716990	AS1C01 Épaulière ordinaire		**63,70**	**31-07-2019**
2710125	AS1A01 Articulation simple d'épaule (pièce sur pièce)		**135,66**	**31-07-2019**
2795179	AS1A02 Articulation double d'épaule (à charnière et articulation pièce sur pièce)		**189,50**	**31-07-2019**

Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36S02

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2746057	AS1S01 Prolongement en stratifié de la structure brachiale sur l'épaule		**230,46**	**31-07-2019**
2757888	AS78S01 Prolongement en stratifié de la structure anti-brachiale pour former palette palmaire		**87,05**	**31-07-2019**
2751816	AS4A20 Verrou de coude à commande manuelle ou active (dans ce dernier cas ajouter la référence AS4Z12 (2742585))		**360,15**	**31-07-2019**
2719706	AS4A21 Ressort antigravitation au coude		**88,49**	**31-07-2019**
2740630	AS7A25 Dispositif de pro supination de la palette palmaire		**93,67**	**31-07-2019**

Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36N20 et OS36N21

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2799668	AS1N01 Prolongement rigide en polyoléfine de la structure brachiale sur l'épaule		**233,79**	**31-07-2019**
2755330	AS1N02 Prolongement en polyoléfine de la structure brachiale sur l'épaule, articulé, avec rappel automatique		**476,45**	**31-07-2019**
2750886	AS78N01 Prolongement en polyoléfine de la structure antibrachiale pour former palette palmaire		**70,32**	**31-07-2019**

Gainages

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2774421	AS78C01 Gainage d'une palette palmaire amovible		**10,16**	**31-07-2019**
2796300	AS68C01 Gainage d'une attelle palmaire sur OS58		**15,25**	**31-07-2019**
2739962	AS67C01 Gainage d'un petit montant		**7,78**	**31-07-2019**
2738514	AS6C01 Gainage d'une embrasse d'avant-bras		**7,78**	**31-07-2019**
2703964	AS3C01 Gainage d'une embrasse de bras		**10,78**	**31-07-2019**
2733876	AS67C02 Gainage d'un montant d'avant-bras		**7,78**	**31-07-2019**
2758439	AS5C01		**5,99**	**31-07-2019**

	Gainage d'une tête d'articulation			
2758238	AS34C01 Gainage d'un montant de bras (tête d'articulation comprise)		**10,78**	**31-07-2019**
2770067	AS3C02 Gainage d'une embrasse en « S »		**7,78**	**31-07-2019**
2760590	AS36C01 Gainage d'une attelle latérale rigide pour gaine rigide de coude		**13,56**	**31-07-2019**
2775573	AS13C01 Gainage d'un montant externe à fourche pour épaulière brassard rigide		**14,68**	**31-07-2019**

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.

C. – Prothèses du membre supérieur mues par énergie électrique, prothèses myoélectriques

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 L. 5211-1 du code de la santé publique. Ces prothèses sont soumises aux dispositions du titre Ier du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique. 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 R. 165-24 du code de la sécurité sociale.
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.

§ 1. – Prothèses pour adultes

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2760896	Prothèse d'avant bras pour adulte mue par énergie électrique, double emboîture, trois batteries (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris)		**8 119,17**	
2772681	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)		**9 021,29**	

Société OTTO BOCK France (OTTO BOCK)

INDICATION PRISE EN CHARGE
Amputations proximales du membre supérieur jusqu'au niveau transradial, acquises ou congénitales. L'appareillage des patients (adultes ou adolescents) peut être unilatéral ou bilatéral.
SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES
L'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui leur sont utiles, notamment les compatibilités de MICHELANGELO avec les autres dispositifs d'appareillage du membre supérieur.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
La prescription initiale et toute prescription de renouvellement doivent être réalisées par une équipe pluridisciplinaire spécialiste de l'appareillage du membre supérieur.
L'équipe pluridisciplinaire doit être composée :
- d'un médecin d'une des spécialités suivantes : médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation ou médecin spécialiste en orthopédie,
- d'un professionnel de la rééducation : masseur kinésithérapeute ou ergothérapeute,

- d'un orthoprothésiste, au libre-choix du patient.
Un psychologue peut également faire partie de l'équipe pluridisciplinaire.

Avant toute prescription définitive, un essai préalable de la prothèse MICHELANGELO est nécessaire. Cet essai doit être réalisé sur une période minimale de 4 semaines.
Les contre-indications à l'essai sont notamment les suivantes :
- patient réalisant principalement des tâches de force impliquant des chocs violents,
- réponse musculaire faible ou inexistante,
- douleurs (type fantôme ou résiduelle) pouvant induire une intolérance au niveau de l'emboiture,
- intolérance cutanée au niveau de l'emboiture.
Si le patient a effectué par le passé un rejet d'une prothèse (myoélectrique en particulier), les raisons devront être discutées avec le patient afin de valider la pertinence de l'essai.
A la fin de l'essai, un compte-rendu doit être établi au vu du projet de vie du patient, de la tolérance cutanée, des différents types de prise utilisés (d'après les enregistrements d'utilisation de la main), de la motivation et la satisfaction du patient.
Un bilan par le médecin prescripteur doit être effectué après la mise à disposition de la prothèse par l'orthoprothésiste, avant la prescription définitive. Ce bilan reprenant le compte-rendu doit permettre de valider l'intérêt de la prothèse MICHELANGELO au regard des différents modes de préhension utilisés par le patient (utilisation de prises non disponibles avec les autres prothèses myoéléctriques, notamment), sa motivation et sa satisfaction vis-à-vis de la prothèse.
La prescription de la prothèse MICHELANGELO s'accompagne d'une rééducation prescrite dans le même temps, dès le début de l'essai. L'équipe pluridisciplinaire met en place la rééducation, ainsi que l'évaluation périodique de l'utilisation de la prothèse.

GARANTIE :
La main MICHELANGELO est garantie 5 ans. Une maintenance annuelle préventive doit être réalisée. La maintenance préventive annuelle est effectuée par le fabricant, qui prend à sa charge les frais d'expédition de la prothèse. Cette maintenance inclut le changement de pièces si nécessaire. Hormis les gants de recouvrement, la garantie doit couvrir l'ensemble des composants de MICHELANGELO, quel que soit le nombre de changements nécessaires, hors dysfonctionnements ou pannes liées aux bris, choc ou dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que du vol.
Le renouvellement des gants de recouvrement AXON SKIN NATURAL est limité à 2 par an.
Une main de prêt MICHELANGELO doit être mise à disposition gratuitement pendant la durée des réparations, pendant et au-delà de la période de garantie. Dans ces conditions, une prothèse myoélectrique de deuxième mise n'est pas nécessaire.
Le renouvellement de la prothèse ne peut intervenir que lors de la première panne intervenant après expiration de la garantie de 5 ans.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2736515	Prothèse myoélectrique, main, OTTO BOCK, MICHELANGELO. Comprend la main MICHELANGELO avec pouce motorisé et poignet flexible (côté droit et gauche), le chargeur Li-Ion AXONCHARGE INTEGRAL, le kit Batterie Li-Ion AXONENERGY INTEGRAL longue (1500mAh), le kit Batterie Li-Ion AXONENERGY INTEGRAL courte (1150mAh), l'unité de commande électronique centrale AXON-MASTER, l'électrode Standard (50Hz), l'électrode avec joint d'étanchéité (50Hz), le câble d'électrode, bague à couler, la pronosupination non motorisée AXON ROTATION ADAPTER et le chargeur automobile. Main : 8E500=R, 8E500=L ; Chargeur : 757L500 ; Kit batteries : 757B500, 757B501 ; Unité de commande électronique centrale : 13E500 ; Electrode standard : 13E200=50 ; Electrode avec joint d'étanchéité : 13E202=50 ; Câble d'électrode : 13E129 ; Bague à couler : 10S500 ; Pronosupination non motorisée : 9S501 ; Chargeur automobile : 4X500.		**32 275,00**	**31-08-2022**
2712526	Prothèse myoélectrique, main, pronosupination motorisée, OTTO BOCK, MICHELANGELO Pronosupination motorisée proportionnelle AXON-ROTATION 9S503. Cette pronosupination se substitue à la pronosupination non motorisée 9S501.		**5 427,00**	**31-08-2022**
2732345	Prothèse myoélectrique, main, gant AXON SKIN NATURAL, OTTO BOCK, MICHELANGELO Gant de recouvrement esthétique de la main MICHELANGELO : RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : AXON SKIN NATURAL 8S501 ou 8S502. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 gants par an et par main.		**450,00**	**31-08-2022**
2705012	Prothèse myoélectrique, main, emboîture sous coude, OTTO BOCK, MICHELANGELO Emboîture sous le coude pour adaptation de la prothèse myoélectrique MICHELANGELO (emboîture de test, double emboîture, hors moulage).		**3 887,00**	**31-08-2022**

2796144	Prothèse myoélectrique, main, emboîture bras, OTTO BOCK, MICHELANGELO Emboîture au-dessus du coude pour adaptation de la prothèse myoélectrique MICHELANGELO (emboîture de test, double emboîture, hors moulage).		**4 879,71**	**31-08-2022**

Société TOUCH BIONICS

I-LIMB

INDICATION

Amputations complètes de la main, acquises ou congénitales. L'appareillage des patients (adultes et adolescents) peut être uni- ou bilatéral. I-LIMB ULTRA convient aux activités dites modérées n'impliquant pas de chocs violents. Elle ne convient pas aux tâches dites de force.

SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES

L'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui lui sont utiles, notamment les compatibilités d'I-LIMB ULTRA avec les autres dispositifs d'appareillage du membre supérieur.

La garantie (hors vol et perte) est de 5 ans.

Elle couvre une maintenance annuelle préventive, l'ensemble des composants et des consommables (à l'exception des gants) ainsi que les mésusages éventuels du dispositif, à l'exception de ceux liés à l'eau, par leur utilisateur. Elle couvre également, lorsque cela est nécessaire, les frais d'expédition de la prothèse au service après vente du fabricant ou ceux des pièces de remplacement.

Le remplacement des électrodes, des batteries et des chargeurs est prévu dans le cadre de la garantie. Les nouvelles batteries sont fournies lors de la maintenance préventive.

Les gants de recouvrement de la gamme «i-limb skin active» et ceux de la gamme «i-limb skin natural» sont couverts par une garantie de trois mois.

La maintenance préventive annuelle est effectuée par le fabricant, qui prend à sa charge les frais d'expédition de la prothèse. Cette maintenance inclut le changement de pièces si nécessaire.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

La prescription initiale et toute prescription de renouvellement doivent être réalisées par une équipe pluridisciplinaire spécialiste de l'appareillage du membre supérieur. L'équipe pluridisciplinaire doit être composée :

- d'un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes : médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation ou médecin spécialiste en orthopédie ;
- d'un professionnel de la rééducation : masseur kinésithérapeute ou ergothérapeute ;
- d'un orthoprothésiste, au libre choix du patient.

Un psychologue peut également faire partie de l'équipe pluridisciplinaire.

Avant toute prescription définitive, un essai préalable de la prothèse I-LIMB ULTRA, est nécessaire. Cet essai doit être réalisé sur une période minimale de 4 semaines.

Les contre-indications à l'essai sont notamment les suivantes :

- patient réalisant principalement des tâches de force impliquant des chocs violents,
- réponse musculaire faible ou inexistante,
- douleurs (type fantôme ou résiduelle) pouvant induire une intolérance au niveau de l'emboîture,
- intolérance cutanée au niveau de l'emboiture.

Si le patient a effectué par le passé un rejet d'une prothèse (myoélectrique en particulier), les raisons devront être discutées avec le patient afin de valider la pertinence de l'essai.

A la fin de l'essai, un compte-rendu doit être établi au vu du projet de vie du patient, de la tolérance cutanée, des différents types de prise utilisés (d'après les enregistrements d'utilisation de la main), de la motivation et la satisfaction du patient.

Un bilan par le médecin prescripteur doit être effectué après la mise à disposition de la prothèse par l'orthoprothésiste, avant la prescription définitive. Ce bilan reprenant le compte rendu doit permettre de valider l'intérêt de la prothèse I-LIMB ULTRA au regard des différents modes de préhension utilisés par le patient (utilisation de prises non disponibles avec les autres prothèses myoélectriques, notamment), sa motivation et sa satisfaction vis-à-vis de la prothèse.
La prescription de la prothèse I-LIMB ULTRA s'accompagne d'une rééducation prescrite dans le même temps, dès le début de l'essai. L'équipe pluridisciplinaire met en place la rééducation ainsi que l'évaluation périodique de l'utilisation de la prothèse.
Une main de prêt I-LIMB ULTRA doit être mise à disposition pendant la durée des réparations, pendant et au-delà de la période de garantie. Dans ces conditions, une prothèse myoélectrique de deuxième mise n'est pas nécessaire.
Le renouvellement de la prothèse ne peut intervenir que lors de la première panne intervenant après expiration de la garantie de cinq ans.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2714710	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB ULTRA. Pack I-LIMB ULTRA comprenant la main et tous ses composants. Le pack contient la main, 8 gants de recouvrement I-LIMB SKIN NATURAL couvrant les deux premières années d'utilisation, 2 gants de recouvrement I-LIMB SKIN ACTIVE, un kit de connexion électrique incluant les électrodes, un kit de fixation emboîture, un kit de batterie, un chargeur mural, un chargeur auto, un iPod Touch (dernière génération disponible), un flacon de spray IPA (30 ml), une bague de lamination 50 mm, une malette de transport de la prothèse (explorer case), deux guides de démarrage à destination des orthoprothésistes (quick star guide et un guide de mise en place des gants de recouvrement I-LIMB NATURAL et ACTIVE sur la prothèse). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Type de main : PL190000, PL191000, PL192000, PL193000, PL194000, PL195000, PL196000, PL197000, PL198000, PL199000, PL200000, PL201000, PL202000, PL203000, PL204000 et PL205000. Kit batteries : PL000230 1300mAh sans interrupteur, PL000192 1300mAh avec interrupteur, PL000234 2000mAh sans interrupteur, PL000235 2000mAh avec interrupteur. Chargeur secteur PL000200 1. Chargeur automobile SA000222 1. Kit de connexion électrique incluant les électrodes : PL091050 Electrodes type « Compact » 50Hz–300mm, PL069466 Electrodes type « Remote » 50Hz–300mm PL069468 Electrodes type « Remote » 50Hz-600mm. Bague de lamination 50 mm : 089003. Kit de fixation emboiture : Prise coaxiale PL091036, Pièce de couplage PL091032. Bague de connexion : SA000128 rapide « QWD » (Quick Wrist Disconnect), SA149003 fixation « WD » (Wrist desarticulation). IPod Touch. Flacon/Spray IPA 092038.		**27 270,37**	**15-03-2018**
2721867	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB SKIN NATURAL, le gant. Gant de recouvrement esthétique I-LIMB SKIN NATURAL pour prothèse myoélectrique I-LIMB ULTRA. La prise en charge est assurée dans la limite de 4 gants par an et par main à partir de la troisième année après la pose.		**262,73**	**15-03-2018**
2739353	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB SKIN NATURAL, boîte de 4. Boîte de 4 gants de recouvrement esthétique I-LIMB SKIN NATURAL pour prothèse myoélectrique I-LIMB ULTRA. La prise en charge est assurée dans la limite de 4 gants par an (1 boîte) et par main à partir de la troisième année après la pose.		**892,22**	**15-03-2018**
2751437	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB SKIN ACTIVE, le gant. Gant de recouvrement en silicone transparent ou noir I-LIMB SKIN ACTIVE pour prothèse myoélectrique I-LIMB ULTRA. La prise en charge est assurée dans la limite de 4 gants par an et par main à partir de la troisième année après la pose.		**62,85**	**15-03-2018**
2780670	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB SKIN ACTIVE, boîte de 4. Boîte de 4 gants de recouvrement en silicone transparent ou noir I-LIMB SKIN ACTIVE pour prothèse		**221,51**	**15-03-2018**

	myoélectrique I-LIMB ULTRA. La prise en charge est assurée dans la limite de 4 gants par an (1 boîte) et par main à partir de la troisième année après la pose.			
2713490	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB ULTRA, emboîture sous coude. Emboîture sous le coude pour adaptation de la prothèse myoélectrique I-LIMB ULTRA (emboîture de test, double emboîture, hors moulage).		**3 925,35**	**15-03-2018**
2760123	Prothèse myoélectrique, main, TOUCH BIONICS, I-LIMB ULTRA, emboîture bras. Emboîture au-dessus du coude pour adaptation de la prothèse myoélectrique I-LIMB ULTRA (emboîture de test, double emboîture, hors moulage).		**4 904,11**	**15-03-2018**

I-DIGITS

INDICATION PRISE EN CHARGE
Amputations partielles de main (3 à 5 doigts) acquises ou congénitales. L'appareillage des patients (adultes ou adolescents) peut être unilatéral ou bilatéral.

SPECIFICATIONS TECHNIQUES
L'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui leur sont utiles.

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
La prescription initiale et toute prescription de renouvellement doivent être réalisées par une équipe pluridisciplinaire spécialiste de l'appareillage du membre supérieur.
L'équipe pluridisciplinaire doit être composée :
- d'un médecin d'une des spécialités suivantes : médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation ou médecin spécialiste en orthopédie,
- d'un professionnel de la rééducation : masseur kinésithérapeute ou ergothérapeute,
- d'un orthoprothésiste, au libre-choix du patient.

Un psychologue peut également faire partie de l'équipe pluridisciplinaire.

Avant toute prescription définitive, un essai préalable de la prothèse I-DIGITS est nécessaire. Cet essai doit être réalisé sur une période minimale de 4 semaines.
Les contre-indications à l'essai sont notamment les suivantes :
- patient réalisant principalement des tâches de force impliquant des chocs violents,
- réponse musculaire faible ou inexistante,
- douleurs (type fantôme ou résiduelle) pouvant induire une intolérance au niveau de l'emboiture,
- intolérance cutanée au niveau de l'emboiture.

Si le patient a effectué par le passé un rejet de prothèse, les raisons devront être discutées avec le patient afin de valider la pertinence de l'essai.
A la fin de l'essai, un compte-rendu doit être établi au vu du projet de vie du patient, de la tolérance cutanée, des différents types de prise utilisés (d'après les enregistrements d'utilisation de la main), de la motivation et de la satisfaction du patient.
Un bilan par le médecin prescripteur doit être effectué après la mise à disposition de la prothèse par l'orthoprothésiste, avant la prescription définitive.
Ce bilan reprenant le compte-rendu doit permettre de valider l'intérêt de la prothèse I-DIGITS au regard des fonctions utilisées par le patient, de sa motivation et de sa satisfaction vis-à-vis de la prothèse.

La prescription de la prothèse I-DIGITS s'accompagne d'une rééducation prescrite dans le même temps, dès le début de l'essai. L'équipe pluridisciplinaire met en place la rééducation, ainsi que l'évaluation périodique de l'utilisation de la prothèse.

GARANTIE

La main I-DIGITS est garantie 5 ans, cette garantie inclut 5 révisions annuelles.
Hormis les embouts de recouvrement des doigts, la garantie doit couvrir l'ensemble des composants de la main prothétique I-DIGITS, quel que soit le nombre de changements nécessaires. Les embouts de recouvrement sont garantis 3 mois.
A l'issue de la garantie, la prise en charge doit prévoir le renouvellement des consommables suivants :
- les batteries,
- les chargeurs,
- les électrodes,
- les embouts de recouvrement.

Le renouvellement de la prothèse ne peut intervenir que lors de la première panne intervenant après expiration de la garantie de 5 ans.
Le renouvellement des embouts de recouvrement des doigts ne peut intervenir qu'après l'expiration de la garantie de 3 mois.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2715855	Prothèse myoélectrique, main partielle, 3 doigts, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Pack I-DIGITS kit incluant 3 doigts prothétiques (i-digits 3IDKit FR). Le pack contient 3 doigts prothétiques motorisés (si commande d'un pouce, celui-ci est fourni avec son axe de rotation latéral), 1 kit électrodes (incluant 2 électrodes), 1 bracelet-poignet contenant le processeur de la prothèse et l'emplacement pour loger les batteries alimentant le dispositif, 1 kit de fixation emboiture (plaque de montage/raccord des doigts à l'emboiture, connectiques électriques, gabarits nécessaires au montage), 2 jeux de batteries de 800mAh (chaque jeu de batteries contient 2 batteries nécessaires au fonctionnement de la prothèse I DIGITS), 1 chargeur mural, 1 chargeur auto, 3 jeux de recouvrement silicone par doigt (= gant de recouvrement du doigt) et 4 grip chips (pastilles d'environnement Bluetooth). Différentes tailles de doigts sont disponibles selon la situation du patient (taille et corpulence, degré d'amputation de la main et des doigts) : les doigts dits « longs » (autres que le pouce) sont disponibles en cinq tailles (2 / 3 / 4 / 5 / 6) ; le pouce est disponible en deux tailles (5/6).		**26 100,00**	**01-04-2022**
2750840	Prothèse myoélectrique, main partielle, 4 doigts, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Pack I-DIGITS kit incluant 4 doigts prothétiques (i-digits 4IDKit FR). Le pack contient 4 doigts prothétiques motorisés (si commande d'un pouce, celui-ci est fourni avec son axe de rotation latéral), 1 kit électrodes (incluant 2 électrodes), 1 bracelet-poignet contenant le processeur de la prothèse et l'emplacement pour loger les batteries alimentant le dispositif, 1 kit de fixation emboiture (plaque de montage/raccord des doigts à l'emboiture, connectiques électriques, gabarits nécessaires au montage), 2 jeux de batteries de 800mAh (chaque jeu de batteries contient 2 batteries nécessaires au fonctionnement de la prothèse I DIGITS), 1 chargeur mural, 1 chargeur auto, 3 jeux de recouvrement silicone par doigt (= gant de recouvrement du doigt) et 4 grip chips (pastilles d'environnement Bluetooth). Différentes tailles de doigts sont disponibles selon la situation du patient (taille et corpulence, degré d'amputation de la main et des doigts) : les doigts dits « longs » (autres que le pouce) sont disponibles en cinq tailles (2 / 3 / 4 / 5 / 6) ; le pouce est disponible en deux tailles (5/6).		**27 600,00**	**01-04-2022**
2787777	Prothèse myoélectrique, main partielle, 5 doigts, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Pack I-DIGITS kit incluant 5 doigts prothétiques (i-digits 5IDKit FR). Le pack contient 5 doigts prothétiques motorisés dont un pouce qui est fourni avec son axe de rotation latéral), 1 kit électrodes (incluant 2 électrodes), 1 bracelet-poignet contenant le processeur de la prothèse et l'emplacement pour loger les batteries alimentant le dispositif, 1 kit de fixation emboiture (plaque de montage/raccord des doigts à l'emboiture, connectiques électriques, gabarits nécessaires au montage), 2 jeux de batteries de 800mAh (chaque jeu de batteries contient 2 batteries nécessaires au fonctionnement de la prothèse I DIGITS), 1 chargeur mural, 1 chargeur auto, 3 jeux de recouvrement silicone par doigt et pouce (= gant de recouvrement du doigt et gant de recouvrement du pouce) et		**29 100,00**	**01-04-2022**

	4 grip chips (pastilles d'environnement Bluetooth). Différentes tailles de doigts sont disponibles selon la situation du patient (taille et corpulence, degré d'amputation de la main et des doigts) : les doigts dits « longs » (autres que le pouce) sont disponibles en cinq tailles (2 / 3 / 4 / 5 / 6) ; le pouce est disponible en deux tailles (5/6).			
2747810	Prothèse myoélectrique, main partielle, recouv. doigt, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Recouvrement silicone d'un doigt long de la prothèse de main myoélectrique I-DIGITS de la société TOUCH BIONICS. REFERENCE PRISE EN CHARGE Cover i-digits size 2 (Recouvrement silicone pour doigt taille 2), Cover i-digits size 3 (Recouvrement silicone pour doigt taille 3), Cover i-digits size 4 (Recouvrement silicone pour doigt taille 4), Cover i-digits size 5 (Recouvrement silicone pour doigt taille 5), Cover i-digits size 6 (Recouvrement silicone pour doigt taille 6). La prise en charge est assurée dans la limite de 4 recouvrements en silicone par an et par doigt.		**21,00**	**01-04-2022**
2732753	Prothèse myoélectrique, main partielle, recouv. pouce, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Recouvrement silicone du pouce de la prothèse de main myoélectrique I-DIGITS de la société TOUCH BIONICS. REFERENCE PRISE EN CHARGE Cover I-DIGITS thumb size 5 (Recouvrement silicone pour pouce taille 5), Cover I-DIGITS thumb size 6 (Recouvrement silicone pour pouce taille 6). La prise en charge est assurée dans la limite de 4 recouvrements en silicone par an.		**34,00**	**01-04-2022**
2717848	Prothèse myoélectrique, main partielle, emboîture, TOUCH BIONICS, I-DIGITS. Emboîture pour adaptation de la prothèse myoélectrique I-DIGITS (emboîture de test, double emboîture, hors moulage).		**4 760,00**	**01-04-2022**

§ 2. – Prothèses pour enfants ou pour adolescents

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2796606	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)		**11 727,69**	
2701735	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)		**12 629,81**	

§ 3. – Adjonctions

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2765050	Chargeur pour un adulte		**203,08**	
2729975	Chargeur pour un enfant ou pour un adolescent		**315,73**	
2772735	Batteries pour un adulte		**247,98**	
2722306	Batteries pour un enfant ou pour un adolescent		**247,98**	
2715832	Pronosupination passive		**203,08**	

2734433	Pronosupination active et mécanique		**518,81**	
2731914	Pronosupination électrique par commande à harnais (après test positif réalisé dans le service de rééducation fonctionnelle)		**1 984,68**	
2773172	Pronosupination électrique à quatre canaux (après test positif réalisé dans le service de rééducation fonctionnelle)		**2 300,42**	
2744236	Pince étau électrique		**4 285,12**	
	Gants en chlorure de polyvinyle :			
2768432	- pour un adulte. Ces gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date, de 609,26 € à compter du 15-04-2017		**101,54**	
2735415	- 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 1 353,18 € à compter du 15-04-2017		**225,51**	
	Gants en silicone :			
2758184	- pour un adulte. Ces gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date, de 609,26 € à compter du 15-04-2017		**298,84**	
2747281	- 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 1 353,18 € à compter du 15-04-2017		**298,84**	

Société Otto Bock

Aucune adjonction autre que celles prévues ci-dessous ne peuvent être prises en charge avec une prothèse myoélectrique OTTOBOCK à l'exception des gants, des batteries et chargeurs pour enfant.
Les éléments de la prothèse myoélectrique OTTO BOCK décrits ci-dessous sont garantis 24 mois.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2773605	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 pinces) proposées dans les adjonctions selon le niveau d'amputation et la taille de la main - 1 ou 2 électrode(s) et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteur(s) (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes)		**4 679,68**	**01-07-2020**
2715157	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 pinces) proposées dans les adjonctions selon la taille de la main - 1 ou 2 électrode(s) et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteur(s) (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) - un des coudes proposés et, le cas échéant, par le sanglage de contrôle		**5 005,51**	**01-07-2020**

2785301	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 électrode(s) et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteur(s) (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) - 3 batteries		**3 127,80**	**01-07-2020**
2778360	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 électrode(s) et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteur(s) (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) - 3 batteries		**4 106,43**	**01-07-2020**
	Adjonctions pour adultes			
2718664	PSMA3 Chargeur Li-Ion Otto Bock 757L20 pour adulte		**522,40**	**01-07-2020**
2710935	PSMA4 Batterie Li-Ion Otto Bock 757B20 ou 757B21 supplémentaire pour adulte		**434,17**	**01-07-2020**
2779810	PSMA5 Pronosupination Otto Bock 10S17 commandée par interrupteurs pour adulte		**2 520,91**	**01-07-2020**
2737503	PSMA6 Pronosupination Otto Bock 10S17 commandée par processeur Otto Bock 13E195 à 4 canaux pour adulte		**3 694,41**	**01-07-2020**
2786269	PSMA7 Insert de réglage des seuils Otto Bock 13E196 pour processeur II à 4 canaux pour adulte		**170,20**	**01-07-2020**
2720448	PSMA17 Montage endosquelettique Otto Bock 8R1 pour appareillage d'avant-bras très court, uniquement en combinaison avec une main transcarpienne et un système de pronosupination pour adulte		**1 831,60**	**01-07-2020**
2782389	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		**1 529,24**	**01-07-2020**
2719764	PSMA23 Sanglage de contrôle Otto Bock à triple traction 21A35=1 pour adulte, avec montage et réglages sur le patient		**431,47**	**01-07-2020**
2716783	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		**299,82**	**01-07-2020**
	Mains pour patients avec membre résiduel au niveau transcarpien			
2730760	PSMA8		**5 575,92**	**01-07-2020**

	Main électrique Otto Bock 8E44=6 Transcarpienne DMC Plus pour adulte			
2713891	PSMA9 Main électrique Otto Bock 8E44=7 Transcarpienne Digital Twin pour signaux faibles pour adulte		**4 659,07**	**01-07-2020**
	Mains et pinces pour patients avec membre résiduel au niveau du poignet			
2726014	PSMA14 Main électrique Otto Bock 8E39=8 Sensor Speed pour adulte		**7 766,54**	**01-07-2020**
2719994	PSMA12 Main électrique Otto Bock 8E39=6R/L7 DMC Plus taille 7 pour petite main adulte et adolescent		**5 596,13**	**01-07-2020**
2786737	PSMA13 Main électrique Otto Bock 8E39=7R/L7 Digital Twin taille 7 pour petite main adulte et adolescent avec signaux faibles		**5 071,07**	**01-07-2020**
2712874	PSMA16 Pince étau Otto Bock 8E34=9 Greifer DMC Variplus pour adulte. Prise en charge en remplacement de la main		**7 143,30**	**01-07-2020**
	Mains et pinces pour patients avec membre résiduel de l'épaule à l'avant-bras			
2751911	PSMA24 Main électrique Otto Bock 8E38=8 Sensor Speed pour adulte		**8 200,79**	**01-07-2020**
2790800	PSMA10 Main électrique Otto Bock 8E38=6R/L7 DMC Plus taille 7 pour petite main adulte et adolescent		**6 030,37**	**01-07-2020**
2772971	PSMA11 Main électrique Otto Bock 8E38=7R/L7 Digital Twin taille 7 pour petite main adulte et adolescent avec signaux faibles		**5 505,33**	**01-07-2020**
2724311	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		**7 577,55**	**01-07-2020**
2759611	Pince myoélectrique, OTTO BOCK, AXON-HOOK. DESCRIPTION La pince AXON-HOOK est un effecteur terminal non morphologique. Elle utilise le système de commande électronique AXON-BUS et dispose d'un poignet flexible et orientable. L'emboiture et les composants de la prothèse (électrodes, unité de commande électronique centrale, batteries, pronosupination active ou passive, etc) restent inchangés par rapport à la main MICHELANGELO. INDICATION PRISE EN CHARGE Patients appareillés avec la main MICHELANGELO dans le cas d'amputations proximales du membre supérieur jusqu'au niveau transradial, acquises ou congénitales, et dont le projet de vie nécessite la manipulation d'objets avec une précision et une force de serrage importante. Dans ces situations, l'appareillage avec la pince myoélectrique AXON-HOOK des patients (adultes ou adolescents) peut être unilatéral ou bilatéral. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prescription initiale et toute prescription de renouvellement doivent être réalisées par une équipe pluridisciplinaire spécialiste de l'appareillage du membre supérieur. L'équipe pluridisciplinaire doit être composée: – d'un médecin d'une des spécialités suivantes: médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation ou médecin spécialiste en orthopédie, – d'un professionnel de la rééducation: masseur kinésithérapeute ou ergothérapeute, – d'un orthoprothésiste, au libre-choix du patient. Un psychologue peut également faire partie de l'équipe pluridisciplinaire. La pince myoélectrique AXON-HOOK est un effecteur terminal prescrit en complément de la main MICHELANGELO. Avant toute prescription définitive, un essai préalable de la prothèse AXON-HOOK est nécessaire. Cet essai doit être réalisé sur une période minimale de 4 semaines. La pince AXON-HOOK est garantie 24 mois. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Pince myoélectrique AXON-HOOK côté droit: 8E600=R Pince myoélectrique AXON-HOOK côté gauche: 8E600=L.		**9 787,76**	**15-12-2024**
	Articulations de coude pour patients avec membre résiduel au niveau du coude			
2747803	PSMA19 Ferrures Otto Bock 16X12 avec montage sur l'emboîture et fabrication de l'avant-bras pour adulte		**2 205,63**	**01-07-2020**

2794642	PSMA20 Coude Otto Bock 12K33 à verrou mécanique par tirette à traction pour adulte		**3 605,38**	**01-07-2020**
	Articulations de coude pour patients avec membre résiduel de l'épaule au bras			
2765391	PSMA25 Coude Otto Bock 12K50 à verrou électrique pour adulte		**6 960,75**	**01-07-2020**
2715246	PSMA21 Coude Otto Bock 12K44 à verrou mécanique par tirette à traction pour adulte		**4 658,85**	**01-07-2020**
	Adjonctions pour enfants			
2748263	PSME6 Câble de raccordement accumulateur avec clip extérieur Otto Bock 13E170 pour enfant		**77,46**	**01-07-2020**
2715418	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		**397,04**	**01-07-2020**
2780048	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		**7 205,74**	**01-07-2020**
2740534	PSME5 Main Otto Bock 8E51 pour enfant taille 5 avec son boîtier de commande 9E369 LS 4in1		**6 295,24**	**01-07-2020**
	Adjonctions communes			
2733445	PSMC6 Electrode Otto Bock 13E200=50 standard pour adulte et enfant		**886,47**	**01-07-2020**
2737584	PSMC5 Electrode Otto Bock 13E202=50 avec joint d'étanchéité pour emboîture à dépression pour adulte et enfant		**1 130,96**	**01-07-2020**
2746838	PSMC2 Interrupteur Otto Bock pour adulte et enfant		**484,76**	**01-07-2020**
2703697	PSMC4 Contacteur linéaire proportionnel Otto Bock 9X50 ou 9X52 pour adulte et enfant en remplacement d'une électrode		**862,15**	**01-07-2020**

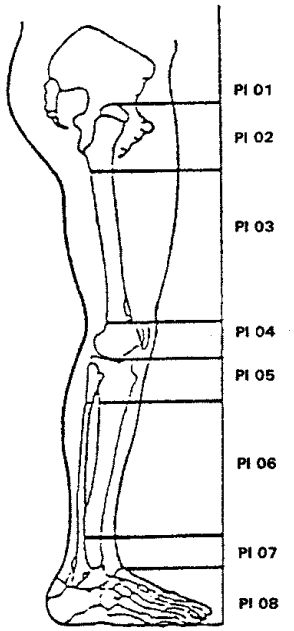
§ 4. – Réparations

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Les réparations sont prises en charge après avis du médecin responsable de l'appareillage		**Sur facture**	
2762850	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)		**2 165,11**	
2724759	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)		**2 480,86**	

Section II. – Appareillage du membre inférieur

Codification des prothèses de base de leurs adjonctions et de leurs variantes optionnelles

Codification anatomique



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.

CHAPITRE Ier

LES PROTHESES EXOSQUELETTIQUES DE BASE

CHAPITRE II

LES PROTHESES ENDOSQUELETTIQUES DE BASE

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.
II 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 (2779387).

- PI 03 :

Référence : prothèse de base avec emboîture à suspension en résines stratifiées, genou à articulation monoaxiale et pied articulé : PI03ZSD23 (2744756).
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 (2768515).
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 : VI4ZH20 (2772480).
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 :VI8Z720 (2720744)

En termes de nomenclature, la prescription est donc :
PI03ZSD23 (2744756)
+ AI2S220 (2779387)
+ VI3S60 (2768515)
+ VI4ZH20 (2772480)
+ VI8Z720 (2720744).
Nota : À noter que dans le texte, les chiffres entre parenthèses constituent des renvois à consulter à la fin de la section II.

CODIFICATION DES PROTHESES DE BASE, DE LEURS ADJONCTIONS ET DE LEURS VARIANTES OPTIONNELLES

A – 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).

B – 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.
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

MATERIAUX

A. Acier
B. Bois
C. Cuir et peaux
D. Métaux légers
F. 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.

MECANISMES 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)
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'EMBOITURE

1. Emboîture avec fermeture réglable
2. Emboîture rigide à suspension
3. Emboîture rigide à suspension avec manchon et tracteurs
5. Emboîture à adhérence musculaire
6. 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.

A – Prothèses du membre inférieur

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	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Cette prothèse comprend : - Une coque d'emboîture - Une prothèse du type PI 03.			
	Coque d'emboîture			
	a) Avec pièce de hanche et verrou			
2716027	AI1S101 En résines stratifiées		**1 482,78**	**31-07-2022**
	b) Avec articulation déportée à l'avant sans verrou			
2709850	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)		**1 501,55**	**31-07-2022**
	c) Avec articulation déportée à l'avant avec verrou			
2793128	AI1S112 En résines stratifiées		**1 646,62**	**31-07-2022**

PI02 : Amputation de cuisse moignon très court

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Ajouter à une prothèse de type PI 03 (5) l'une des références suivantes :			
2743870	AI2B201 Pour prothèse en bois		**176,29**	**31-07-2022**
2757256	AI2S201 Pour prothèse en résines stratifiées		**104,98**	**31-07-2022**

PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)			
	Pour une emboîture de contact ou à adhérence musculaire se reporter à la rubrique Variantes optionnelles. Avec articulation et verrou au genou			

	En alliage léger, avec étrier et quillon en alliage léger			
2772758	PI03DSD20 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1 789,55**	**31-07-2022**
	En résines stratifiées, avec étrier et quillon en alliage léger			
2730091	PI03SSD20 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1 661,30**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture à suspension verrou au genou, mollet et quillon			
	Pour une emboîture de contact ou à adhérence musculaire se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.			
	En résines stratifiées			
2717682	PI03SSD21 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1 985,33**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé			
	Pour tout autre type d'emboîture, de genou et de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.			
	En bois allégé			
2701770	PI03BBD23 Avec emboîture en bois (5)		**1 808,51**	**31-07-2022**
	En résines stratifiées			
2795972	PI03SSD23 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1 809,91**	**31-07-2022**

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 résines stratifiées sont réalisées avec ou sans appui sous-ischiatiaque (dans ce cas, l'appui sous-ischiatique ne constitue pas une adjonction).

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses avec emboîture à suspension, avec ou sans verrou au genou et pied articulé			
	Pour tout autre type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.			
2756370	PI04SCB13 En résines stratifiées, avec montants en acier avec verrou et emboîture en cuir (3)		**2 165,62**	**31-07-2022**
2770274	PI04SCC13 En résines stratifiées, avec montants en acier, et emboîture en cuir (1)		**2 147,12**	**31-07-2022**
2757428	PI04SSC23 En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en résines stratifiées (1)		**1 865,86**	**31-07-2022**

PI06 : Amputation de jambe

Code	Nomenclature	Prix de cession en €	Tarif/Prix limite de	Date de fin de prise en

		HT	vente en € TTC	charge
	Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé			
	Pour tout autre type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.			
2742148	PI06DDC33 En alliage léger, avec manchon en cuir et tracteurs (1)		**1 507,95**	**31-07-2022**
2771859	PI06SSC33 En résines stratifiées, avec manchon en cuir et tracteurs (1)		**1 630,73**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture de contact			
	Le tarif ne comprend pas celui des manchons qui est fixé dans la rubrique Variantes optionnelles.			
2759462	PI06SSA63 Prothèse avec emboîture de contact et pied articulé, sans manchon. Avec emboîture en résines stratifiées - 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.		**1 065,27**	**31-07-2022**
2759226	PI06FFA64 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) Avec emboîture en composite de carbone		**1 651,10**	**31-07-2022**

PI07 : Amputation tibio-tarsienne et transtarsienne

En cas de nécessité d'un cuissard, se reporter à la rubrique Adjonctions.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses avec pied rigide			
2751874	PI07SSA22 En résines stratifiées		**1 445,43**	**31-07-2022**
	Prothèses avec pied articulé			
2789138	PI07SSA23 En résines stratifiées avec ou sans gaine interne en cuir		**1 779,15**	**31-07-2022**

PI08 : Désarticulation médio-tarsienne

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2713810	PI08XXA22 Prothèse avec pied rigide (dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques)		**Sur devis**	**31-07-2022**

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	Prix de cession en €	Tarif/Prix limite de	Date de fin de prise en

		HT	vente en € TTC	charge
	Cette prothèse comprend : - Une coque d'emboîture - Une prothèse du type PI03			
	Coque d'emboîture			
	a) Avec articulation déportée à l'avant sans verrou			
2759077	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)		**1 673,13**	**31-07-2022**
	b) Avec articulation déportée à l'avant avec verrou			
2773806	AI1S121 En résines stratifiées		**1 702,90**	**31-07-2022**

PI02 : Amputation de cuisse moignon très court

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Ajouter à une prothèse du type PI03 (5) l'une des références suivantes :			
2732782	AI2B220 Pour prothèse en bois		**176,29**	**31-07-2022**
2795860	AI2D220 Pour prothèse en alliage léger		**155,29**	**31-07-2022**
2779387	AI2S220 Pour prothèse en résines stratifiées		**104,98**	**31-07-2022**

PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture de contact, genou à articulation monoaxiale à verrou et pied articulé			
2701706	PI03ZXD63 Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées		**1 428,56**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé			
	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.			
2757948	PI03ZBD23		**1800,34**	**31-07-2022**

	Avec emboîture en bois (5)			
2798864	PI03ZCD13 Avec emboîture en cuir (3)		**1773,16**	**31-07-2022**
2751331	PI03ZDD23 Avec emboîture en alliage léger (5)		**1628,67**	**31-07-2022**
2744756	PI03ZSD23 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1849,72**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture de contact avec genou hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied			
2703415	PI03ZBM63 Avec emboîture en bois (6)		**4 146,15**	**31-07-2022**
2772340	PI03ZSM63 Avec emboîture en résines stratifiées (6)		**4 097,17**	**31-07-2022**
	Prothèse esthétique avec emboîture à suspension, articulation libre au genou et à la cheville			
2713833	PI03ZXD23 Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées		**1 301,46**	**31-07-2022**

PI04 : Amputation transcondylienne, désarticulation du genou et amputation de cuisse moignon très long

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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).			
2745709	PI04ZBD23 Avec emboîture en bois (5)		**1 888,75**	**31-07-2022**
2778264	PI04ZDD23 Avec emboîture en alliage léger (5)		**1 823,26**	**31-07-2022**
2788624	PI04ZSD23 Avec emboîture en résines stratifiées (5)		**1 786,88**	**31-07-2022**

PI06 : Amputation de jambe

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture (de contact si moignon non ouvert) et pied articulé			
	Pour tout autre type de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles			
2717529	PI06ZXA63 Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées		**1 005,79**	**31-07-2022**
	Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé			
	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			
2734031	PI06ZSC33 Avec emboîture en résines stratifiées		**1 675,01**	**31-07-2022**
	Prothèse avec emboîture de contact et pied articulé, sans manchon			
	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.			
2767326	PI06ZSA63 Avec emboîture en résines stratifiées		**1 241,05**	**31-07-2022**

Chapitre III. – Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

1°) Adjonctions communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables à la hanche			
	a) Pour les prothèses PI02 et PI03			
2772451	AI1AC01 Pièce de hanche avec articulation à chape et à charnière avec une traverse articulée et une ceinture en cuir		**315,06**	**31-07-2022**
2789026	AI1AD01 Demi-ceinture pelvienne en acier engainée dans la ceinture en cuir (cette adjonction, applicable aux références AI1AC01 (2772451), AI1AC05 (2753100), 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)		**148,62**	**31-07-2022**
2758942	AI1AC02 Large ceinture en cuir moulé avec une pièce de hanche métallique avec une articulation à chape		**235,00**	**31-07-2022**
2702002	AI1AC03 Verrou de hanche à chape		**59,33**	**31-07-2022**
2774740	AI1AC04 Pièce de hanche à chevalet oscillant et tourillon avec une demi-ceinture pelvienne en acier engainée dans la ceinture en cuir		**376,70**	**31-07-2022**
	b) Pour les prothèses PI03, PI04, PI05 et PI06			
2755240	AI1CA01 Ceinture en cuir avec chape en cuir		**78,02**	**31-07-2022**
2753100	AI1AC05 Pièce de hanche en T avec ceinture en cuir et articulation à chape		**223,18**	**31-07-2022**
	Applicables à l'ischion			
2763535	AI2CA01 Point d'appui sous-ischiatique souple		**50,86**	**31-07-2022**
2744101	AI2AA01		**121,26**	**31-07-2022**

	Point d'appui sous-ischiatique avec embrasse métallique rigide gainage compris			
	Applicables au segment fémoral			
	a) Pour les prothèses PI02 et PI03			
2792910	AI3A001 Cercle acier pour consolider une emboîture		**38,46**	**31-07-2022**
2741344	AI3T020 Protège-pantalon		**60,36**	**31-07-2022**
	b) Pour les prothèses PI03 et PI04			
2799326	AI3C301 Faux moignon.		**253,18**	**31-07-2022**
2720307	AI3J602 Manchon intermédiaire pour emboîture de cuisse		**147,99**	**31-07-2022**
2771397	AI3X001 Réalisation d'une bordure en silicone incluse dans la partie proximale de l'emboîture lors de la fabrication		**209,13**	**31-07-2022**
2727172	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.		**683,98**	**31-07-2022**
2736260	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. 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 tarif de la référence AI3Z003 (2736260) se cumule avec celui de la prothèse de base et celui de la seule variante optionnelle : emboîture de contact VI3F601 ((2765267). La prise en charge de la réparation de la double emboîture AI3Z003 (2736260) est assurée sur la base de la somme des tarifs de l'adjonction AI3Z003 (2736260) et de la variante optionnelle VI3F601 (2765267) auxquels est ajouté celui du forfait FI03XX002 (2741611) de montage-démontage.		**1 970,54**	**31-07-2022**
	c) Pour les prothèses PI06			
2772422	AI3C101 Cuissard en cuir avec montants en acier avec articulation à chape		**520,08**	**31-07-2022**
2776176	AI3C102 Cuissard en cuir avec montants en acier avec articulation à segments d'engrenage.		**730,48**	**31-07-2022**
	Applicables au segment jambier			
2787719	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		**591,60**	**31-07-2022**
2730429	AI6X607 Gaine en polymère assurant la suspension par succion, les deux unités		**202,14**	**31-07-2022**

2727410	AI6U604 Gaine en polyuréthane assurant la suspension par succion		**289,11**	**31-07-2022**
2735131	AI6Z601 Valve de dépressurisation		**212,74**	**31-07-2022**
	Applicables à la cheville			
2719391	AI8Z102 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).		**1 193,60**	**31-07-2022**
2749357	AI8Z103 Amortisseur de chocs verticaux et de torsion en composite de carbone et alliage léger (par ressort)		**944,49**	**31-07-2022**
2709406	AI8Z104 Amortisseur de chocs verticaux et de torsion en alliage léger (par ressort).		**884,90**	**31-07-2022**
2727077	AI8Z100 Cheville multiflexion		**282,71**	**31-07-2022**
	Applicables au pied			
2701787	AI8C001 Garnissage d'un pied		**36,42**	**31-07-2022**
	Moyens de suspension Pour la variante optionnelle emboîture de contact, l'absence de moyen de suspension n'entraîne pas de diminution de prix			
2700902	AI3C001 Courroie de suspension sur poulie centrale ou poulies latérales		**113,06**	**31-07-2022**
2758480	AI3C002 Ceinture silésienne		**87,83**	**31-07-2022**
2756200	AI3C003 Courroie en cuir garni, pour suspension de prothèse		**15,40**	**31-07-2022**
2796523	AI4C003 Bracelet de suspension		**57,54**	**31-07-2022**
2749245	AI6C001 Fourche de rappel		**19,27**	**31-07-2022**
2753666	AI3T001 Bretelle simple, largeur 35 mm, élastique devant sur une longueur de 25 cm .		**27,98**	**31-07-2022**
2733729	AI3T002 La même, mais complètement en tissu élastique double face spécial pour bandage, largeur 35 mm		**33,78**	**31-07-2022**
2796693	AI3T003 La même, mais avec un chef sur l'épaule opposée		**27,98**	**31-07-2022**

2701400	AI3T004 Baudrier simple tissu rigide, largeur 45 mm, avec élastique sur 25 cm de longueur		**27,98**	**31-07-2022**
2702404	AI3T005 Bretelle simple présentant à l'arrière et à l'avant une partie en tissu élastique sur 25 cm		**14,67**	**31-07-2022**
2799160	AI3T006 Baudrier complété par une patte d'attache supplémentaire bouclant sur le cuissard ou sur une fourche de rappel		**28,67**	**31-07-2022**
2700256	AI3T007 Bretelle double en tissu inextensible largeur 45 mm, pour prothèse avec rappel à l'extension par courroie de suspension		**62,28**	**31-07-2022**
2730056	AI3T008 La même pourvue, devant et derrière, de parties élastiques fixées directement sur l'emboîture pour prothèse en bois		**73,88**	**31-07-2022**
2725894	AI3T009 Bretelle double spéciale à entrecroisement avec parties élastiques, largeur 35 mm, pour appareillage bilatéral		**145,38**	**31-07-2022**
2779080	AI3T010 Bretelle double pour appareils en cuir (cuisse et jambe), largeur 35 mm, avec courroie sous-cuisse en cuir chromé		**62,28**	**31-07-2022**
2707123	AI3X002 Ceinture de suspension en néoprène		**113,77**	**31-07-2022**

2°) Variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables au segment fémoral			
	a) Emboîture de contact			
2765267	VI3F601 Emboîture flexible transparente avec sa structure stratifiée		**472,02**	**31-07-2022**
2768515	VI3S601 Emboîture en résines stratifiées		**445,05**	**31-07-2022**
2729395	VI3S602 Réalisation d'une emboîture de contact en résines stratifiées avec une ouverture interne ou externe réglable		**461,11**	**31-07-2022**
	b) Manchons fémoraux			
2760643	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).		**1 059,25**	**31-07-2022**
	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.			
2798404	VI3U601 Manchon polyuréthane préfabriqué La prise en charge d'un manchon fémoral en polyuréthane ne peut être envisagée qu'après l'échec		**1 606,48**	**31-07-2022**

	médicalement constaté d'un manchon fémoral en silicone ou copolymère.			
2738030	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).		**1 157,61**	**31-07-2022**
2755122	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.		**1 704,84**	**31-07-2022**
	Applicables au genou			
2746844	VI4AC02 Montants avec articulation à chapes et roulements à billes		**110,74**	**31-07-2022**
2761051	VI4AF01 Montants avec articulation polycentrique à segments d'engrenage		**210,38**	**31-07-2022**
	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 (2759462), PI06FFA64 (2759226), PI06ZSA63 (2767326). Le tarif des références des manchons VI6 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.			
2750751	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.		**156,88**	**31-07-2022**
2712532	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.		**107,88**	**31-07-2022**
2796090	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) La prise en charge est assurée pour deux manchons. .		**583,06**	**31-07-2022**
2706997	VI6X602 Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale, assurant la		**1 196,71**	**31-07-2022**

	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.			
2787949	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		**1 598,27**	**31-07-2022**
	Manchons préfabriqués et standardisés			
2722559	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		**1 042,94**	**31-07-2022**
2789204	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)		**1 291,17**	**31-07-2022**
2761520	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)		**1 347,77**	**31-07-2022**
2746123	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)		**1 490,72**	**31-07-2022**
	Applicables aux prothèses PI03 – PI04			
2712450	VI3F001 Supplément aux résines stratifiées pour confection en composite de carbone		**451,80**	**31-07-2022**
	Applicables aux prothèses PI05 – PI06 – PI07			
2785353	VI6F001 Supplément aux résines stratifiées pour confection en composite de carbone		**366,56**	**31-07-2022**

3°) Adjonctions pour prothèses exosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables au segment fémoral			
2711930	AI3D201 Double emboîture en alliage léger		**166,73**	**31-07-2022**
2785169	AI3S201 Double emboîture en résines stratifiées		**210,96**	**31-07-2022**

	Applicables au genou			
	a) Pour les prothèses PI03D et PI03S			
2772764	AI4A001 Verrou central.		**243,42**	**31-07-2022**
	b) Pour les prothèses PI03B et PI03X			
2744963	AI4A002 Verrou central.		**49,64**	**31-07-2022**
2705609	AI4X001 Commande facultative de verrou		**40,94**	**31-07-2022**
	c) Pour les prothèses PI04D et PI04S			
2746318	AI4A003 Verrou central.		**243,41**	**31-07-2022**
	d) Pour les prothèses PI03, PI04, PI05 et PI06			
2724541	AI4A004 Verrou double de Hoffa		**168,70**	**31-07-2022**
2780114	AI4T001 Tracteur élastique au genou (damier)		**36,11**	**31-07-2022**
	e) Pour toutes les prothèses exosquelettiques			
2753198	AI4C001 Patte antérieure en cuir		**11,09**	**31-07-2022**
2744680	AI4C002 Demi-lune en cuir cousue sur manchon		**11,34**	**31-07-2022**
2707235	AI4T002 Tissu élastique en « V » et ou rappel de genou		**22,89**	**31-07-2022**
	Applicables au segment jambier			
2729780	AI6D201 Double emboîture en alliage léger		**159,03**	**31-07-2022**
2725285	AI6S201 Double emboîture en résines stratifiées		**72,28**	**31-07-2022**
	Gainage de pièces métalliques			
2738572	AI1C001 Gainage d'une pièce de hanche		**18,96**	**31-07-2022**
2731506	AI1C002 Gainage d'une pièce de ceinture		**49,45**	**31-07-2022**
2755004	AI2C001 Gainage d'une embrasse sous-ischiatique		**38,79**	**31-07-2022**

2755234	AI3C004 Cache-boucle		**6,14**	**31-07-2022**
2703993	AI3C005 Gainage d'une embrasse de cuisse		**19,40**	**31-07-2022**
2700322	AI3C006 Gainage d'un montant de cuisse (y compris tête d'articulation)		**27,33**	**31-07-2022**
2793832	AI3C007 Gainage d'un montant de cuisse (tête d'articulation non comprise)		**23,06**	**31-07-2022**
2709412	AI4C010 Gainage d'une tête d'articulation seule		**11,58**	**31-07-2022**
2748398	AI4C011 Gainage d'une embrasse à enveloppement		**44,77**	**31-07-2022**
2769986	AI4C012 Gainage d'une embrasse d'appui sous-genou		**29,11**	**31-07-2022**
2746092	AI6C010 Gainage d'une embrasse sous-rotulienne ou de mollet		**26,51**	**31-07-2022**
2758824	AI6C011 Gainage d'un montant de jambe		**28,65**	**31-07-2022**

4°) Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables au genou			
2781510	VI4XL01 Articulation de forme anatomique (prothèse en bois)		**428,03**	**31-07-2022**
	Applicables au pied			
2748406	VI8J401 Pour les prothèses avec pied Pied rigide et coin talonnier de souplesse variable (Sach)		**50,36**	**31-07-2022**

5°) Adjonctions pour prothèses endosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables au segment fémoral			
2718167	AI3Z001 Dispositif de recherche d'alignement permettant un réglage dans tous les plans		**54,63**	**31-07-2022**
	ADAPTATEURS DE ROTATION			

	La prise en charge est assurée pour les adaptateurs suivants :			
	Société OTTO BOCK France (OTTO BOCK)			
2762406	Adaptateur de rotation, OTTO BOCK, 4R57. Adaptateur de rotation optionnel pour les prothèses externes transfémorales. **DESCRIPTION** Le ROTATEUR 4R57 est un effecteur intermédiaire passif pour les prothèses externes transfémorales. Il s'agit d'un adaptateur de rotation optionnel monté dans l'axe de la prothèse au-dessus de l'articulation de genou et en-dessous de l'emboiture. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le rotateur 4R57 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 150 kg (charge comprise) sur prescription d'un spécialiste de l'appareillage. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** 4R57		**507,73**	**01-12-2024**
2711188	Adaptateur de rotation, OTTO BOCK, 4R57=ST. Adaptateur de rotation optionnel pour les prothèses externes transfémorales. **DESCRIPTION** Le ROTATEUR 4R57=ST est un effecteur intermédiaire passif pour les prothèses externes transfémorales. Il s'agit d'un adaptateur de rotation optionnel monté dans l'axe de la prothèse au-dessus de l'articulation de genou et en-dessous de l'emboiture. Le modèle 4R57=ST est destiné aux prothèses pour lesquelles la hauteur de montage est réduite, notamment dans le cas des désarticulations de genou. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le rotateur 4R57=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 150 kg (charge comprise) sur prescription d'un spécialiste de l'appareillage. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** 4R57=ST		**507,73**	**01-12-2024**
	Société PROTEOR SA (PROTEOR)			
2736142	Adaptateur de rotation, PROTEOR, 1K52, 125kg. **Description :** Adaptateur de rotation optionnel monté dans l'axe de la prothèse au-dessus de l'articulation de genou. **Indication de prise en charge :** Amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise. **Modalités de prescription et d'utilisation :** - Patients d'un poids inférieur ou égal à 125 kg (charge comprise), - Prescription par un spécialiste de l'appareillage (médecin spécialiste désigné au titre II, chapitre 7 de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale). **Référence prise en charge :** 1K52	**417,00**	**507,73**	**30-06-2024**
	Applicables au genou			

2741947	AI4Z001 Commande facultative de verrou		**40,94**	**31-07-2022**
2704700	AI4Z003 Verrou de genou		**75,27**	**31-07-2022**
2759232	AI4Z005 Dispositif de rappel du genou		**45,60**	**31-07-2022**
	Applicables au segment jambier			
2790992	AI6Z001 Dispositif de recherche d'alignement permettant un réglage dans tous les plans		**110,14**	**31-07-2022**
2746502	AI6Z002 Dispositif pour récupération du flexum lorsque celui-ci est supérieur à 25°		**137,47**	**31-07-2022**
	Société AQUALEG SAS			
2744176	Revêtement de protection pour prothèse tibiale, AQUALEG SAS, AQUALEG **Description :** Accessoire de prothèse tibiale : habillage de protection silicone semi-souple autoportant sur mesure, protection des systèmes de régulation de la dépression, aquacompatible **Indications de prise en charge :** Amputations acquises ou congénitales du membre inférieur au niveau transtibial chez les sujets très actifs qui souhaitent pouvoir utiliser leur prothèse en présence d'eau et ont des projets de vie incluant des activités en milieu agressif pour la prothèse. Les patients très actifs sont les patients justifiant d'un projet de vie incluant : - des déplacements dans des bâtiments autres que la maison (d4601 de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF) ; - des déplacements en dehors de la maison et d'autres bâtiments (d4602 de la CIF) ; - et d'autres activités précisées relatives au fait de se déplacer dans d'autres lieux divers (code d4608 de la CIF). **Modalités de prescription et d'utilisation :** 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 revêtement de protection pour prothèse tibiale AQUALEG Dans le cas du renouvellement du revêtement de protection pour prothèse tibiale AQUALEG à l'identique, la prescription n'est pas restreinte à ce spécialiste. **Garantie :** Le dispositif AQTIBI001 est garanti cinq ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. Cette prestation ne couvre pas les dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers, ainsi que le vol. Les activités motivant le choix de ce produit devront être spécifiées par le prescripteur sur l'ordonnance. La personne amputée doit être appareillée avec un pied prothétique à restitution d'énergie de classe III garanti pour une utilisation dans l'eau par le fabricant. L'installation du revêtement doit être faite par le personnel de la société AQUALEG ou des orthoprothésistes agréés par la société AQUALEG. **Référence prise en charge :** AQTIBI001		**3 248,00**	**15-12-2021**
	Société OTTO BOCK France (OTTO BOCK)			
2757121	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 de prise en charge:** 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 ;	**2 000,00**	**4 132,77**	**30-10-2023**

	– 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 P4 référence 4R180 - HARMONY P3 référence 4R147 - HARMONY P4 HD référence 4R181 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 AI6Z601, 2719391, 2749357 et 2709406.			

6°) Variantes optionnelles pour prothèses endosquelettiques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables à la hanche			
2719959	VI1Z001 Articulation de hanche à axe déporté en avant en titane pour prothèse pour désarticulation de hanche ou équivalent		**1 056,86**	**31-07-2022**
2714643	VI1Z002 Articulation de hanche dynamique à axe déporté en avant avec lame carbone pour prothèse pour désarticulation de hanche ou équivalent		**1 221,40**	**31-07-2022**
	Société OTTO BOCK France (OTTO BOCK)			
2763943	Articulation de hanche polycentrique hydraulique, OTTO BOCK, HELIX 3D 7E10 **Indications prises en charge :** Personnes amputées au niveau de la désarticulation de la hanche (DDH) ou équivalent (inter-ilio-abdominale ou hémipelvectomie, désarticulation coxo-fémorale, amputation de l'intertrochanter) ayant une activité modérée correspondant à la classification internationale du fonctionnement (CIF-OMS), d4601, d4602 ou d4608. HELIX 3D 7E10 est destiné aux personnes : - dont l'utilisation de la prothèse, les capacités locomotrices et le projet de vie sont limités par un manque de		**9 442,25**	**15-08-2022**

	confort et de contrôle de la prothèse lors de la phase d'appui ; - et qui ont les capacités physiques requises pour accepter le poids d'une articulation de hanche hydraulique polycentrique et pour intégrer le nouveau schéma de marche de l'articulation de hanche hydraulique polycentrique à compensation de la rotation du bassin, avec dispositif de rappel à la flexion de la hanche. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Le poids maximal autorisé du patient est de 100 kg. La prescription initiale ainsi que celle de renouvellement doivent être faites 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. L'appareillage nécessite un protocole de rééducation adapté. Le choix de l'articulation HELIX 3D 7E10 se fera à l'issue d'une période de test minimale d'un mois. A l'issue de la période de test, l'articulation HELIX 3D 7E10 sera effectivement prescrite si les conditions suivantes sont vérifiées par le médecin lui-même : - l'articulation ne doit pas être trop encombrante, inesthétique ou de poids excessif - le patient ne doit pas signaler de douleur au niveau de l'ischion à marche rapide - le patient doit être capable de marcher à l'extérieur des bâtiments, et de pouvoir marcher à différentes cadences - un pas pelvien du côté amputé à l'attaque du talon doit être présent à la marche - le patient doit se sentir en sécurité à la marche, lors de la station debout prolongée et lors du transfert debout/assis/debout - le résultat du test de marche de 6 minutes doit être une distance de marche > à 50 % de la valeur théorique de marche du sujet sain. **Garantie :** La durée de garantie de l'articulation HELIX 3D 7E10 est de 3 ans. **Références prises en charge :** 7E10=R 7E10=L			
	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			
2738081	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)		**852,33**	**31-07-2022**
2770877	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		**4 834,98**	**31-07-2022**
2736389	VI4ZE21 Genou monoaxial avec régulation pneumatique dans la phase pendulaire assistée par microprocesseur pour différentes cadences de marche, en composite carbone – P < 120 kg		**3 413,67**	**31-07-2022**
2719340	VI4ZE24 Genou monoaxial avec régulation pneumatique dans la phase pendulaire assistée par microprocesseur pour différentes cadences de marche, en composite carbone avec frein mécanique		**4 644,27**	**31-07-2022**
2772480	VI4ZH20		**35,49**	**31-07-2022**

	Genou monoaxial à frein stabilisateur			
2745075	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		**2 363,83**	**31-07-2022**
2789664	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		**4 043,28**	**31-07-2022**
2745112	VI4ZH23 Genou monoaxial avec frein stabilisateur et rappel à mécanique à l'extension en titane		**976,08**	**31-07-2022**
2745023	VI4ZH24 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec frein d'assistance hydraulique		**3 061,39**	**31-07-2022**
2731794	VI4ZH25 Genou monoaxial avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone avec frein mécanique		**2 630,14**	**31-07-2022**
2721850	VI4ZP20 Genou monoaxial à mécanique hydraulique de rappel du segment jambier avec rappel hydraulique		**1 047,97**	**31-07-2022**
2721198	VI4ZP21 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en titane		**2 097,72**	**31-07-2022**
2797037	VI4ZP22 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger		**1 739,43**	**31-07-2022**
2777260	VI4ZP23 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec réglages dissociés de la flexion et de l'extension		**3 336,90**	**31-07-2022**
2755270	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		**4 159,62**	**31-07-2022**
2742390	VI4ZS21 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en composite carbone – P < 120 kg		**3 607,42**	**31-07-2022**
2734670	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		**4 965,55**	**31-07-2022**
2728674	VI4ZS24 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en alliage léger renforcé		**4 053,67**	**31-07-2022**
2738508	VI4ZS25 Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en alliage léger		**4 569,88**	**31-07-2022**
	Société ÖSSUR EUROPE BV (ÖSSUR)			
	La prise en charge du genou prothétique **RHEO KNEE** est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, jusqu'à la désarticulation du genou comprise. Elle est réservée aux sujets amputés actifs qui ont une vitesse de marche ≥ 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 20 et 40 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 > 2 km ; - vitesse de marche ≥ 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.			
2729745	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. 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.	**12 133,20**	**17 044,06**	**30-10-2016**
2779619	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.	**1 570,50**	**2 662,00**	**30-10-2016**
2799958	Genou monoaxial, microprocesseur, ÖSSUR, RHEO KNEE (3e génération). 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 (3e génération). **Description :** Le dispositif RHEO KNEE (3e génération) est une articulation de genou (effecteur intermédiaire) qui s'intègre dans une prothèse externe du membre inférieur. RHEO KNEE (3e génération) est une articulation de genou monoaxiale dont la sécurité de la phase d'appui et la régulation de la phase pendulaire sont commandées par microprocesseur et fluide magnétorhéologique. **Indications prises en charge :** La prise en charge du genou prothétique RHEO KNEE (3e génération) est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, jusqu'à la désarticulation du genou comprise. Elle est réservée aux sujets amputés actifs qui ont une vitesse de marche ≥ 3 km/h et un périmètre de marche en continu supérieur à 500 m. **Modalites de prescription et d'utilisation :** Le genou prothétique est garanti 6 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie.	**12 133,20**	**17 044,06**	**01-05-2024**

	La prise en charge inclut la prothèse RHEO KNEE (3e génération) et la prestation liée à la pose. Le fabricant et l'orthoprothésiste s'engagent à réaliser une révision biennale obligatoire entre 20 et 24 mois puis entre 40 et 48 mois après la pose. RHEO KNEE (3e génération) ne doit être adapté que sur un pied à restitution d'énergie de classe II ou III. RHEO KNEE (3e génération) 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 et capable de procéder aux réglages du dispositif. Le choix du genou prothétique RHEO KNEE (3e génération) se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de 15 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 > 2 km ; - vitesse de marche ≥ 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 (3e génération). Le médecin prescripteur devra disposer d'un bilan d'activité récent pour envisager le renouvellement du RHEO KNEE (3e génération). 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 6 ans à compter de la date de prise en charge initiale. **Référence prise en charge :** La prise en charge est assurée pour la référence suivante : RKN120008.			
2707152	Genou monoaxial, ÖSSUR, RHEO KNEE (3e génération), révision 20-24 et 40-48 mois. La prise en charge de cette prestation correspond à la révision qui aura lieu 20 à 24 mois et 40 à 48 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. **Références prises en charge :** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RKN120SC1, RKN120SC2.	**1 570,50**	**2 662,00**	**01-05-2024**
	Société OTTO BOCK France (OTTOBOCK)			
	C-LEG 3C100			
	La prise en charge est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, jusqu'à 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. L'articulation de genou 3C100 C-LEG (version 4) a un poids limite de patient de 136 kg. L'articulation de genou est montée avec un adaptateur tubulaire de diamètre 34 mm avec ou sans unité de torsion. 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 suivi 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. A l'issue de la période d'essai, l'orthoprothésiste met à disposition du médecin prescripteur le bilan d'activité enregistré par l'articulation pendant cette période. 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 ≥ 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. Le médecin prescripteur devra disposer d'un bilan d'activité récent pour envisager le renouvellement du 3C100 C-LEG. La prise en charge est assurée pour les produits suivants :			
2753287	VI4ZS26 Genou monoaxial, OTTO BOCK France, C-LEG 3C100, prothèse. 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 : 3C98-3 : avec pyramide de réglage ; 3C88-3 : avec raccord fileté.		**17 396,14**	**02-01-2023**
2723240	VI4ZS28 Genou monoaxial, OTTO BOCK France, C-LEG 3C100, révision biennale. Pour les modèles 3C100 C-LEG référencés VI4ZS26 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.		**2 736,79**	**02-01-2023**
	KENEVO			
	Description : Le genou prothétique KENEVO s'intègre dans une prothèse endosquelettique. Il comprend les composants prothétiques suivants : - l'articulation de genou, connectée en partie proximale à un adaptateur d'emboîture, - l'adaptateur tubulaire, connecté au pied prothétique. Le genou KENEVO est un genou prothétique, monoaxial, à vérin hydraulique. La phase d'appui et la phase pendulaire sont commandées par microprocesseur. Il n'y a pas d'adaptation des résistances hydrauliques en flexion et extension de la phase pendulaire en fonction			

	des variations de la vitesse de marche. Le produit ne doit pas être utilisé pour des vitesses de marche supérieures à 3 km/h environ ou pour des activités inhabituelles. Ces activités inhabituelles concernent notamment les sports extrêmes (escalade libre, saut en parachute, parapente, etc) L'articulation de genou KENEVO 3C60 ou 3C60=ST doit obligatoirement être montée avec l'adaptateur tubulaire électronique 2R17. Le genou KENEVO doit être monté avec un pied de restitution d'énergie de classe I ou II. Poids maximum de l'utilisateur 125 kg. Le logiciel de configuration permet de sélectionner trois modes d'activité. Le mode d'activité ne peut pas être modifié par le patient. **Indications prises en charge :** • Personnes à activité modérée amputées au niveau proximal du membre inférieur, jusqu'à la désarticulation du genou comprise (amputés fémoraux, désarticulés du genou, désarticulés de la hanche, hémipelvectomie) et; • ayant un niveau de mobilité, correspondant à la classification internationale du fonctionnement (CIF OMS), d4601 ou d4602 : - *d4601 - Se déplacer dans des bâtiments autres que la maison. 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 des bâtiments communautaires et dans des bâtiments privés et publics, ou autres enceintes* - *d4602 - Se déplacer en dehors de la maison et d'autres bâtiments. Marcher et se déplacer aux abords et à une certaine distance de la maison et d'autres bâtiments, sans utiliser de moyens de transport public ou privés, comme marcher sur une bonne distance dans le village ou en ville* • ayant un périmètre de marche quotidien supérieur à 300 m et ; • présentant un risque de chute élevé caractérisé par un score au test TGUG supérieur à 19s et ; • dont le poids corporel n'excède pas 125 kg et; • n'utilisant pas de béquilles axillaires ou de déambulateur. **Specifications techniques :** Le genou KENEVO est garanti 2 ans. La garantie est étendue à 6 ans dès lors que des révisions biennales sont effectuées, après les 24éme et 48éme mois. KENEVO ne doit être adapté que sur un pied à restitution d'énergie de classe I ou II. Le produit ne doit pas être utilisé pour des vitesses de marche supérieures à 3 km/h environ ou pour des activités inhabituelles. Ces activités inhabituelles concernent notamment les sports extrêmes (escalade libre, saut en parachute, parapente, etc) **Modalites de prescription et d'utilisation :** KENEVO est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours. La prescription initiale doit être réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ou médecin spécialiste en orthopédie, d'un professionnel de la rééducation (kinésithérapeute), et d'un orthoprothésiste. L'adaptation prothétique ne pourra être réalisée que par un orthoprothésiste confirmé ayant suivi une formation et capable de procéder aux réglages du dispositif. Le choix de la prothèse KENEVO se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de trente jours. À l'issue de la période d'essai, l'orthoprothésiste met à disposition du médecin prescripteur le bilan d'activité enregistré par l'articulation pendant cette période. La prothèse KENEVO sera effectivement prescrite si les performances suivantes sont vérifiées par le médecin lui-même :			

	- périmètre de marche en continu supérieur à 300 m ; - niveau de niveau de mobilité (CIF OMS), d4601 ou d4602 ; - vitesse de marche < 3 km/h ; - descente d'un plan incliné d'au moins 15 % ; - descente d'escaliers à pas alternés ; - baisse avérée du test TGUG à l'issue de la période d'essai. L'appareillage sera suivi d'un protocole de rééducation adapté au genou KENEVO. Le renouvellement est réalisé par un médecin de médecine physique et de réadaptation. Le médecin prescripteur devra disposer d'un bilan d'activité récent pour envisager le renouvellement du KENEVO. Le renouvellement de cette prothèse ne doit intervenir qu'à l'expiration d'une période de six ans à compter de la date de la prise en charge initiale.			
2752218	Genou monoaxial, hydraulique, microprocesseur, OTTOBOCK, KENEVO. Genou monoaxial hydraulique contrôlé par microprocesseur de la société OTTO BOCK France. La prise en charge inclut la prothèse KENEVO 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. Le renouvellement de cette prothèse ne doit intervenir qu'à l'expiration d'une période de six ans à compter de la date de la prise en charge initiale. La prise en charge est assurée pour les articulations de genou dont les références sont les suivantes : - 3C60 : articulation de genou avec adaptateur proximal pyramidal - 3C60=ST : articulation de genou avec adaptateur proximal à visser La prise en charge est assurée pour les adaptateurs tubulaires dont la référence est la suivante : - 2R17 : adaptateur tubulaire		**16 178,41**	**15-01-2023**
2791632	Genou monoaxial, OTTOBOCK, KENEVO, révision biennale 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. Un genou de service est mis à disposition pendant la durée de la révision. 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 d'entente préalable.		**2 736,79**	**15-01-2023**
	Société PROTEOR Handicap Technologie S.A. (PROTEOR)			
	La prise en charge est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur jusqu'à 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 6 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 ou de seconde mise. 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 > 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.			

	Il est nécessaire qu'une transmission au médecin prescripteur des données individuelles obtenues par le biais du microprocesseur à l'issue de cette période d'essai soit faite, afin de s'assurer de l'adéquation du genou au projet de vie de l'usager. Le médecin pourra ainsi s'appuyer sur ces données pour rédiger la prescription effective La prise en charge est assurée pour les produits suivants :			
2793482	VI4ZS29 Genou mono-axial, PROTEOR, HYBRID-1P360. Genou mono-axial, à phase pendulaire pneumatique asservie par microprocesseur et à phase d'appui gérée par frein rotatif hydraulique, 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 6 ans à compter de la date de prise en charge initiale.	**8800,00**	**15 750,29**	**01-06-2024**
2787978	VI4ZS30 Genou prothétique mono-axial, PROTEOR, HYBRID-1P360, révision annuelle. La prise en charge de cette prestation correspond à chaque révision annuelle pour les 5 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.	**800,00**	**1 420,34**	**01-06-2024**
	Société BLATCHFORD			
	La prise en charge du genou prothétique ORION3 est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, jusqu'à 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 6 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. Le fabricant et l'orthoprothésiste s'engagent à réaliser une révision après 30 et 36 mois d'utilisation et une autre après 54 et 60 mois d'utilisation. ORION3 doit être adapté avec un pied à restitution d'énergie de classe II ou III. ORION3 est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours ou de seconde mise. 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 le fabricant et capable de procéder aux réglages du dispositif. Le choix de la prothèse avec ORION3 se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de 15 jours. A l'issue de la période d'essai, la prothèse ORION3 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 supérieure ou égale à 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 ORION3.			
2790696	Genou monoaxial, microprocesseur, BLATCHFORD, ORION3 Genou mono-axial hydropneumatique à microprocesseur ORION3 de la société BLATCHFORD DESCRIPTION ORION3 est une articulation du genou (effecteur intermédiaire) qui s'intègre dans une prothèse externe du membre inférieur. ORION3 est une articulation de genou monoaxiale dont la sécurité de la phase d'appui et la régulation de la phase pendulaire sont commandées par microprocesseur et vérin hydropneumatique. INDICATION PRISE EN CHARGE Amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation du genou comprise. Le genou prothétique ORION3 est réservé 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prothèse est garantie 6 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. Le fabricant et l'orthoprothésiste s'engagent à réaliser une révision après 30 et 36 mois d'utilisation et une autre après 54 et 60 mois d'utilisation. ORION3 doit être adapté avec un pied à restitution d'énergie de classe II ou III. ORION3 est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours ou de seconde mise. 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 le fabricant et capable de procéder aux réglages du dispositif. Le choix de la prothèse avec ORION3 se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de 15 jours. A l'issue de la période d'essai, la prothèse ORION3 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 supérieure ou égale à 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 ORION3. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour la référence suivante : BLORION3. La prise en charge est assurée pour les adaptateurs proximaux dont la référence est la suivante : - BL239017 : Adaptateur pyramidal mâle avec rotation et translation - BL189128 : Adaptateur pyramidal femelle avec rotation et translation - BL2390921 : Adaptateur avec raccord fileté M36	**11 526,54**	**16 191,86**	**15-04-2025**
2723702	Genou monoaxial, microprocesseur, BLATCHFORD, ORION3, révision 30-36 et 54-60 mois. La prise en charge de cette prestation correspond à la révision qui aura lieu 30 à 36 mois et 54 à 60 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.	**1 491,98**	**2 528,90**	**15-04-2025**
	GENOUX POLYCENTRIQUES			
2739229	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		**5 497,40**	**31-07-2022**

2720230	VI4ZG20 Genou polycentrique à double articulation à biellettes courtes (à déduire)		**24,11**	**31-07-2022**
2700871	VI4ZG21 Genou polycentrique à double articulation à biellettes longues		**407,55**	**31-07-2022**
2733563	VI4ZG23 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec rappel mécanique à l'extension, en composite carbone et verrou facultatif		**1 197,81**	**31-07-2022**
2703355	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		**1 756,64**	**31-07-2022**
2728645	VI4ZG24 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec rappel mécanique à l'extension, en titane		**1 090,24**	**31-07-2022**
2726215	VI4ZN20 Genou polycentrique à double articulation à biellettes avec dispositif pneumatique de contrôle de la phase pendulaire		**1 474,79**	**31-07-2022**
2781823	VI4ZN21 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone et régulation pressurisée		**3 340,51**	**31-07-2022**
2733907	VI4ZN22 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone à biellettes longues		**2 163,48**	**31-07-2022**
2714608	VI4ZN23 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone		**2 082,71**	**31-07-2022**
2714318	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		**1 916,36**	**31-07-2022**
2724736	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		**2 658,34**	**31-07-2022**
2747909	VI4ZN27 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en alliage léger et carbone		**1 859,39**	**31-07-2022**
2758706	VI4ZR20 Genou polycentrique à barre postérieure (moignon long) avec rappel hydraulique		**2 872,29**	**31-07-2022**
2710272	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		**3 118,17**	**31-07-2022**

2755292	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		**5 430,80**	**31-07-2022**
2737124	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		**3 811,93**	**31-07-2022**
2736662	VI4ZR24 Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en titane – P < 110 kg		**2 340,43**	**31-07-2022**
2757894	VI4BE01 Boîtier de programmation pour genou électronique à microprocesseur		**982,08**	**31-07-2022**
	Applicables au pied			
2720052	VI8Z420 Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (type Sach) (à déduire).		**19,22**	**31-07-2022**
2700026	VI8Z620 Pied feutre, caoutchouc ou matière plastique, monté sur un ensemble de cheville spéciale (ST)		**151,20**	**31-07-2022**
2720744	VI8Z720 Pied rigide (type Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation		**11,27**	**31-07-2022**
2748027	VI8Z820 Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur		**231,36**	**31-07-2022**
	Société PROTEOR SA (PROTEOR)			
2733988	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 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		**225,29**	**01-08-2023**
	Société BLATCHFORD France (BLATCHFORD)			
2742214	Pied, variante prothèse endo, BLATCHFORD, MULTIFLEX. Il s'agit d'une variante optionnelle du pied d'une prothèse endosquelettique.	**324,86**	**613,59**	**01-12-2020**

	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.			
	PIEDS A RESTITUTION D'ENERGIE			
	Le pied à restitution d'énergie est destiné à compenser une incapacité à marcher résultant d'une déficience par amputation ou agénésie d'une partie ou de l'intégralité du membre inférieur, quelle qu'en soit l'étiologie (vasculaire, traumatique, tumorale, congénitale, ou autre).			
	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.			

	Les pieds à restitution d'énergie conçus pour adultes et déclinés en taille enfant seront pris en charge sous le nom de marque du pied adulte correspondant jusqu'au 2 janvier 2014, sous réserve que ces pieds soient conformes aux spécifications techniques et conditions de prise en charge des pieds pour enfants. Au-delà, les fabricants et les distributeurs qui souhaitent le maintien de la prise en charge de leurs produits devront avoir déposé des dossiers de demande d'inscription sous nom de marque auprès des ministres avec dépôt concomitant au secrétariat de la commission nationale d'évaluation des disositifs médicaux et des technologies de santé à la HAS dans un délai d'au moins 180 jours avant le 2 janvier 2014. La prise en charge est assurée pour les produits suivants :			
	Pieds à restitution d'énergie de classe I			
	Ce type de pied prothétique est indiqué pour les patients dont le projet de vie inclut au minimum des déplacements dans des bâtiments autres que la maison (code d4601 de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF). 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 $30 \leq P < 75$. Le pied à restitution d'énergie de classe I est garanti pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation			
	Société OKO SOLUTION SAS (OKO SOLUTION)			
2727551	Pied restitution énergie, classe I, OKO SOLUTION, AERIS K2	**324,86**	**613,59**	**01-02-2022**
	Société OTTO BOCK (OTTO BOCK)			
2787464	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, DYNAMIC MOTION 1D 35	**324,86**	**613,59**	**01-12-2025**
2733439	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, 1D. 10	**324,86**	**613,59**	**01-12-2025**
2735467	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, AQUA FOOT.	**324,86**	**613,59**	**15-06-2023**
2716530	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, ADJUST 1M10	**324,86**	**613,59**	**01-12-2025**
	Société PROTEOR (PROTEOR)			
2709493	Pied restitution énergie, classe I, PROTEOR, DYNASTEP	**324,86**	**613,59**	**01-12-2020**
	Société SM EUROPE			
2707471	Pied à restitution énergie, classe I, SM EUROPE, 1H11Y	**324,86**	**613,59**	**31-05-2024**
	Société G2M			
2760838	Pied à restitution énergie, classe I, G2M, ENERGY FOOT Pied à restitution d'énergie de la classe I ENERGY FOOT de la société G2M. DESCRIPTION Le pied dynamique carbone ENERGY FOOT est un effecteur terminal pour prothèse externe de membre inférieur constitué : - D'une platine de connexion aluminium avec pyramide acier - D'un bloc rehausseur en nylon - D'une lame carbone fendue - Une esthétique polyuréthane avec gros orteil séparé - Une chaussette protection Spectra Le pied dynamique carbone ENERGY FOOT est un pied prothétique qui remplace anatomiquement le pied d'un patient amputé. Il restitue l'énergie emmagasinée lors de la marche en phase d'appui. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Compensation d'une incapacité à marcher résultant d'une déficience par amputation ou agénésie d'une partie	**324,86**	**613,59**	**15-08-2025**

	ou de l'intégralité du membre inférieur, quelle qu'en soit l'étiologie (vasculaire, traumatique, tumorale, congénitale, ou autre). - Ce type de pied prothétique est plus spécialement destiné à un usage intérieur et pour une utilisation à proximité immédiate de bâtiments. - Ce type de pied est indiqué pour les patients dont le projet de vie inclut au minimum des déplacements dans des bâtiments autres que la maison (code d4601 de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF, 2001). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE A19			
	Pieds à restitution d'énergie de classe II			
	Ce type de pied prothétique est indiqué pour les patients dont le projet de vie inclut au minimum : - des déplacements dans des bâtiments autres que la maison (d4601 de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF), et - des déplacements en dehors de la maison et d'autres bâtiments (d4602 de la CIF) Les pieds de cette classe ont une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) comprise entre $75 \leq P < 120$. Le pied à restitution d'énergie de classe II est garanti pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation.			
	Société ORTHO EUROPE SARL (ORTHO)			
2709180	Pied restitution énergie, classe II, ORTHO, TRES.	**439,62**	**972,43**	**15-08-2023**
	Société ÖSSUR Europe BV (OSSUR)			
2794079	Pied restitution énergie, classe II, ÖSSUR, FLEX FOOT BALANCE	**439,62**	**972,43**	**01-12-2022**
2756825	Pied restitution énergie, classe II, OSSUR, BALANCE FOOT J	**439,62**	**972,43**	**15-12-2021**
2769294	Pied restitution énergie, classe II, OSSUR, FLEX-FOOT ASSURE	**439,62**	**972,43**	**15-12-2022**
	Société OTTO BOCK (OTTO BOCK)			
2794487	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, TRIAS 1C30	**439,62**	**972,43**	**01-12-2025**
2746732	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, TERION	**439,62**	**972,43**	**30-04-2021**
2709234	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, TERION K2	**439,62**	**972,43**	**30-04-2022**
2713980	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, PROMENADE	**439,62**	**972,43**	**01-12-2020**
2741321	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK SENATOR	**439,62**	**972,43**	**01-12-2020**
	Société PROTEOR (PROTEOR)			
2774250	Pied restitution énergie, classe II, PROTEOR, DYNASTAR, gamme 1A500	**439,62**	**972,43**	**01-12-2020**
2759640	Pied restitution énergie, classe II, PROTEOR, DYNACITY 1A510.	**439,62**	**972,43**	**31-12-2022**
2797362	Pied restitution énergie, classe II, PROTEOR, PIED RUSH ROVER PROTEOR Le PIED RUSH ROVER PROTEOR de la société PROTEOR est un effecteur terminal pour prothèse externe de membre inférieur. Il est constitué de deux lames couplées en fibres de verre : une lame supérieure et une lame inférieure continue, associées entre elles au niveau du talon.	**439,62**	**972,43**	**15-02-2025**

	Le PIED RUSH ROVER PROTEOR est disponible avec une seule hauteur de talon de 10 mm dans les tailles 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29 et 30 cm. Le pied est fourni avec son revêtement esthétique associé. Le revêtement esthétique de pied existe en deux teintes (claire ou foncée). Le PIED RUSH ROVER PROTEOR est disponible en 9 catégories de résistance de lame (1 à 9), selon l'impact et le poids du patient (poids maximal 163 kg). Le PIED RUSH ROVER PROTEOR est conçu pour être résistant à l'eau douce, salée ou chlorée. Il est garanti 3 ans.			
	Société SM EUROPE France (SM EUROPE)			
2780344	Pied restitution énergie, classe II, SM EUROPE, DYNAMIC CARBON FOOT 1H04Y.	**439,62**	**972,43**	**15-01-2023**
	Pieds à restitution d'énergie de classe III			
	Ce type de pied prothétique est indiqué pour les patients justifiant d'un projet de vie incluant : - des déplacements dans des bâtiments autres que la maison (d4601 de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF), - des déplacements en dehors de la maison et d'autres bâtiments (d4602 de la CIF), - et d'autres activités précisées relatives au fait de se déplacer dans d'autres lieux divers (code d4608 de la CIF). Les pieds de cette classe ont une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) $P \geq 120$. Le pied à restitution d'énergie de classe III est garanti pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation.			
	Société BLATCHFORD France (BLATCHFORD)			
2772209	Pied restitution énergie, classe III, BLATCHFORD, ELITE	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2759338	Pied restitution énergie, classe III, BLATCHFORD, ESPRIT	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-03-2019**
	Société LINDHE XTEND (LINDHE)			
2740830	Pied restitution énergie, classe III, LINDHE, XTEND FOOT H100.	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-12-2022**
	Société OKO SOLUTION S.A.S. (OKO SOLUTION)			
2724564	Pied restitution énergie, classe III, OKO SOLUTION, AERIS SOLUTION **Références prises en charge :** Kit AERIS SOLUTION : 70G-XXX-000 (comprend le pied, l'enveloppe esthétique, la chaussette et le coin talonnier élastomère) Côté gauche : C71G-XXX-000 Côté droit : C72G-XXX-000	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-12-2021**
	Société ORTHO EUROPE SARL (ORTHO)			
2754186	Pied restitution énergie, classe III, ORTHO, DURALITE	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2762197	Pied restitution énergie, classe III, ORTHO, SOLEUS.	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-11-2023**
2704461	Pied restitution énergie, classe III, ORTHO, VELOCITY	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-02-2025**
2706566	Pied restitution énergie, classe III, ORTHO, CELSUS	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-02-2025**
	Société OSSUR Europe BV			
2711120	Pied restitution énergie, classe III, OSSUR, VARI-FLEX MODULAR	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2716056	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, TALUX	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2734700	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, VARI-FLEX	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2712325	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, RE-FLEX	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2729521	Pied restitution énergie, classe III, OSSUR, PRO-FLEX XC.	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-04-2022**
2732724	Pied restitution énergie, classe III, OSSUR, PRO-FLEX LP.	**1 566,80**	**2 512,82**	**30-11-2022**
	Société OTTO BOCK (OTTO BOCK)			
2752187	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TRITON	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2025**
2728208	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TRITON LP.	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-05-2024**
2730694	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, CHALLENGER 1E95.	**1 566,80**	**2 512,82**	**31-12-2022**
2792531	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, C-WALK 1C40	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-05-2024**
2737450	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, DYNADAPT	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-02-2021**
2700010	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, HIGHLANDER	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**

2782219	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, SIERRA	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2715401	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, SILHOUETTE	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2764470	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TALEO **Références prises en charge** Le pied TALEO est disponible avec 2 hauteurs de talon de 15 ± 5 mm ou 10 ± 5 mm dans les tailles : 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 30 cm. Le pied est fourni avec un revêtement esthétique associé. Il existe un module pour le pied gauche et un module pour le pied droit. Le revêtement esthétique est disponible en deux formes : forme étroite avec hauteur de talon de 15 ± 5 mm pour les tailles 22 à 25 cm et forme normale avec hauteur de talon de 10 ± 5 mm pour les tailles 24 à 30 cm. Le revêtement esthétique de pied existe en 2 couleurs (beige et marron clair).	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-02-2025**
	Société PROTEOR (PROTEOR)			
2755458	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, DYNA C	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2784336	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, DYNA J	**1 566,80**	**2 512,82**	**01-12-2020**
2739399	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, DYNATREK 1A600.	**1 566,80**	**2 512,82**	**31-07-2022**
2735119	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, RUSH HIPRO.	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-07-2022**
2781705	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, RUSH RAMPAGE LP	**1 566,80**	**2 512,82**	**15-07-2022**
	Pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe			
	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.			
	Société OTTO BOCK (OTTO BOCK)			
2745900	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, PACIFICA LP	**1 150,73**	**1857,61**	**01-12-2020**
2791738	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, CHOPART Référence prise en charge: référence 1E81	**1 150,73**	**1857,61**	**01-12-2025**
2731676	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, LOW PROFIL AXTION $1^{E}56$	**1 150,73**	**1857,61**	**01-12-2025**
2711975	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, LO RIDER Référence prise en charge: référence 1E57	**1 150,73**	**1857,61**	**01-12-2025**
	Société PROTEOR (PROTEOR)			
2768679	Pied à restitution d'énergie, amputation basse jambe, PROTEOR, RUSH CHOPART	**1150,73**	**1857,61**	**15-03-2025**
	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 (code d4552 de la CIF-EA). 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			

<table>
<tr><td></td><td>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.

Les pieds à restitution d'énergie conçus pour adultes et déclinés en taille enfant seront pris en charge sous le nom de marque du pied adulte correspondant jusqu'au 2 janvier 2014 sous réserve que ces pieds soient conformes aux spécifications techniques et conditions de prise en charge des pieds pour enfants. Au-delà les fabricants et les distributeurs qui souhaitent le maintien de la prise en charge de leurs produits devront avoir déposé des dossiers de demande d'inscription sous nom de marque auprès des ministres avec dépôt concomitant au secrétariat de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé à la HAS dans un délai d'au moins 180 jours avant le 2 janvier 2014.</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Société PROTEOR</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2705360</td><td>Pied restitution énergie, enfant, PROTEOR, RUSH KID
Description :
Le PIED RUSH KID PROTEOR est un effecteur terminal pour prothèse externe de membre inférieur. Il est constitué de 2 lames, supérieure et inférieure, en fibre de verre, assemblées par 4 vis, d'un patin amortisseur sur la lame inférieure et d'un adaptateur pyramidal.
Indication 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 d'une agénésie d'une partie ou de l'intégralité du membre inférieur, à partir du moment où l'enfant commence à courir (code d4552 de la CIF-EA).
Modalités de prescription et d'utilisation :
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.
Les pieds à restitution d'énergie sont garantis pour une durée de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation.
Le PIED RUSH KID PROTEOR est disponible en trois tailles 19, 20 et 21 cm. Le revêtement esthétique de pied existe en 2 teintes (claire ou foncée).
Le pied est disponible en différents modules de résistance selon l'impact et le poids du patient avec un poids limite de 57 kg (cf. tableau ci-dessous).
Le niveau d'impact du patient est déterminé selon ses activités :
• Impact modéré : randonnée, ski
• Impact élevé : VTT, tennis
• Impact très élevé : football, basketball
Le choix du module de pied est fait par l'orthoprothésiste en fonction du poids et de l'activité du patient (cf. tableau ci-dessous) :

<table><tr><th></th><th colspan="4">PIED RUSH KID PROTEOR</th></tr><tr><td>Poids du patient (kg)</td><td>16-25 kg</td><td>26-35 kg</td><td>36-45 kg</td><td>46-57 kg</td></tr><tr><td>Impact modéré</td><td>1P</td><td>2P</td><td>3P</td><td>4P</td></tr><tr><td>Impact élevé</td><td>2P</td><td>3P</td><td>4P</td><td>5P</td></tr><tr><td>Impact très élevé</td><td>2P</td><td>3P</td><td>4P</td><td>5P</td></tr></table></td><td>1 203,75</td><td>2 512,82</td><td>25-09-2024</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE
La référence du PIED RUSH KID PROTEOR est construite de la manière suivante :
A-B - C- D- E- F
Où :
<table><tr><td>A</td><td>Nom du produit : KID</td></tr><tr><td>B</td><td>Poids</td></tr><tr><td>D</td><td>Taille du pied : 19, 20 ou 21 cm</td></tr><tr><td>E</td><td>Résistance (1P à 5P)</td></tr><tr><td>F</td><td>Type de revêtement, côté (droit/gauche) et teinte (claire/foncée)
Vide : version patin H2O
L1 : gauche clair / L3 : gauche foncé
R1 : droit clair / R3 : droit foncé</td></tr></table></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Réparations des pieds à restitution d’énergie pour adultes et enfants</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2721749</td><td>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</td><td></td><td>211,35</td><td>31-07-2022</td></tr>
<tr><td>2719936</td><td>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</td><td></td><td>Sur devis et facture détaillée</td><td>31-07-2022</td></tr>
</table>

.

Prothèses et orthoprothèses pour agénésie du membre inférieur

I – Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au-dessus du genou du membre sain PI23

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2788707	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.		**1 972,37**	**31-07-2022**

II – Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au niveau du genou du membre sain PI24

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2714650	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		**2 011,89**	**31-07-2022**
2786944	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 plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel		**2 143,93**	**31-07-2022**

III – Malformation congénitale dans laquelle le segment de cuisse et le genou sont normaux, le raccourcissement se situant au-dessous du genou PI26

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2704107	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		**1 653,78**	**31-07-2022**

PI46

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2712176	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		**1 512,01**	**31-07-2022**
2723100	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		**1 694,43**	**31-07-2022**

Adjonctions et variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques pour agénésie

Code	Nomenclature	Prix de	Tarif/Prix	Date de fin de

		cession en € HT	limite de vente en € TTC	prise en charge
	Applicables au segment fémoral			
	Cuissard en cuir sans appui sous-ischiatique avec fermeture antérieure, et garnissage intérieur, deux montants latéraux en acier et deux embrasses postérieures			
2766516	AI3C110 Sans articulation de genou, les montants étant solidarisés à l'emboîture en résines stratifiées ou aux montants latéraux armant l'emboîture en cuir		**491,93**	**31-07-2022**
2780887	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		**582,81**	**31-07-2022**
	Applicables à l'emboîture			
2703065	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		**173,23**	**31-07-2022**
	Supplément pour confection d'une orthoprothèse en composite de carbone			
2792703	VI3F002 Pour prothèses PI23 – PI24 – PI26		**451,80**	**31-07-2022**
2702947	VI6F002 Pour prothèses PI46		**366,56**	**31-07-2022**

Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques pour agénésie

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables au pied			
2748406	VI8J401 Pied rigide et coin talonnier de souplesse variable (SACH)		**50,36**	**31-07-2022**
	Pour les prothèses exosquelettiques ces pieds comportent le tube et son revêtement permettant de réaliser une prothèse endosquelettique.			
2797623	VI8Z410		**125,54**	**31-07-2022**

	Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (type Sach)			
2785324	VI8Z710 Pied rigide (type Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation		**98,68**	**31-07-2022**
2767504	VI8Z810 Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur		**318,75**	**31-07-2022**

Bonnet et gaine couvre-moignon

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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)			
2773427	PI21 Bonnet couvre-moignon pour cuisse		**18,10**	**31-07-2022**
2706738	PI71 Bonnet couvre-moignon pour jambe		**20,81**	**31-07-2022**
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse dite de contact ou classique (épaisseur 3 fils)			**31-07-2022**
2793737	PI22 Bonnet couvre-moignon pour cuisse		**16,58**	**31-07-2022**
2722393	PI72 Bonnet couvre-moignon pour jambe (y compris Chopart et Lisfranc).		**17,49**	**31-07-2022**
	Gaine couvre-moignon.			
2708677	PI51 Gaine couvre-moignon en textile artificiel 100 % polyamide avec fermeture distale par remaillage classique		**9,45**	**31-07-2022**

Fix-prothèse

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	La prise en charge est assurée dans la limite de deux fix-prothèses maximum par an.			
2729389	PI41 Dispositif réservé au maintien des prothèses tibiales contact, réalisé en tricot tramé élastique à extensibilité différenciée sur trois niveaux.		**49,97**	**31-07-2022**

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.

B. – Orthopédie du membre inférieur

(Le tarif des appareils ou adjonctions ne comprend pas le prix du moulage)

Codification

Les nouvelles références des appareils sont établies selon la codification suivante :
a) 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.
b) 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.
c) 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.
d) 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.

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.

§ 1. – Appareils types et variantes

OI59

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Petit appareil de marche (Tuteurs capitonnés et deux embrasses garnies postérieures)			
	À tourillons			
2798829	OI59C01 Avec un seul montant latéral		**455,19**	**31-07-2022**
2735480	OI59C02 Avec deux montants latéraux		**520,43**	**31-07-2022**
	À étrier			
2749765	OI59C03 Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)		**775,82**	**31-07-2022**
2752164	OI59C04 Non démontable (pièce sur pièce)		**724,47**	**31-07-2022**
2705130	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		**1 920,36**	**31-07-2022**
2706460	OI59C51 Orthèse jambière, avec un seul montant pour hémiplégique, anti-varus, anti-équin, avec ressort inclus dans l'articulation tibio-tarsienne à chape		**1 803,38**	**31-07-2022**
2748010	OI59C52 Orthèse jambière avec un seul montant semi-rigide pour hémiplégique		**1 568,92**	**31-07-2022**
2727717	OI59Z01 Orthèse, releveur de pied sur moulage, moulage non compris. 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		**335,78**	**31-07-2022**
2706980	Orthèse suro-pédieuse, restitution énergie, matériaux composites, OSDREMC. Orthèse suro-pédieuse dynamique à restitution d'énergie en matériaux composites, OSDREMC. **Description :** Il s'agit d'une orthèse dynamique monocoque sur mesure de membre inférieur réalisée sur moulage en matériaux composites. **Indication :** Compensation de déficits fonctionnels de la marche, pour les flexions plantaires excessives non fixées (marche en équin) et les flexions dorsales excessives non fixées (marche en talus) chez des personnes dont le niveau d'activité correspond au minimum à « se déplacer en dehors de la maison et d'autres bâtiments » (code d4602* de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF établie par l'Organisation mondiale de la santé et publiée en 2001). * Cela comprend : - marcher et se déplacer aux abords et à une certaine distance de la maison et d'autres bâtiments, sans utiliser de moyens de transport public ou privé, comme marcher sur une bonne distance dans le village ou en ville ;		**1 154,06**	**15-11-2021**

	- et, également, se déplacer dans les rues du voisinage, de la ville ou du village ; se déplacer sur de plus grandes distances sans utiliser de moyens de transport. **Contre-indications :** - hémiplégie spastique ; - paralysie isolée d'origine périphérique des muscles de la loge antéro-externe de la jambe. Pour les orthèses destinées à la compensation de la marche en équin : - un mouvement intentionnel de compensation pour diminuer la sollicitation des quadriceps, - une posture antalgique de la cheville, secondaire à une gêne ou à une douleur, - une déformation irréductible du pied. Pour les orthèses destinées à la compensation de la marche en talus : - un enraidissement ou une ankylose de la cheville en position neutre (ex. arthrodèse de cheville) ; - une extension du genou limitée pendant le déroulé du pas ; - une déformation irréductible du pied. **Modalités d'utilisation et de prescription :** Prescription initiale et renouvellement par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, chirurgie plastique et reconstructrice, pédiatrie, Outre l'entente préalable, la prise en charge est subordonnée à la validation de l'adéquation de l'orthèse aux besoins du patient par le prescripteur après réalisation de l'orthèse et utilisation initiale par le patient, dans le mois suivant la livraison de l'orthèse. Si ce n'était pas le cas, l'orthoprothésiste se verrait dans l'obligation de refaire l'orthèse à titre gratuit. La garantie de l'orthèse est de 18 mois dans les conditions normales d'utilisation et d'entretien spécifiées par l'orthoprothésiste au patient et décrites dans la notice d'utilisation remise au patient. Le renouvellement de l'orthèse ne pourra intervenir qu'à partir d'une période de 18 mois suivant la mise à disposition, dans le cas où l'orthèse n'est plus fonctionnelle (perte des caractéristiques mécaniques). Spécificité des orthèses pédiatriques : Le prescripteur doit contrôler l'adaptation de l'orthèse en fonction de la croissance de l'enfant, Le rythme de renouvellement de l'orthèse doit être fonction de la croissance de l'enfant.			
	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)			
2704923	OI59C11 *À tourillons*		**750,83**	**31-07-2022**
	À étrier			
2737905	OI59C13 Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)		**842,43**	
2706626	OI59C14 Non démontable (pièce sur pièce)		**791,08**	
	Botte rigide (Gaine jambière et pédieuse d'une seule pièce, deux montants latéraux, deux embrasses postérieures, semelle acier et deux attelles d'étai)			
2760809	OI59S20 Stratifié de polyester		**459,75**	

2753880	OI59G20 Polyisoprène sans armature		**635,03**	
2748292	OI59G21 Polyisoprène avec armature		**748,63**	
2748091	OI59N60 Botte rigide en polyoléfine sans valve antérieure avec ou sans garnissage intérieur et sans armature		**479,45**	
	Botte rigide bivalve (Gaine jambière pédieuse avec une valve antérieure)			
2740824	OI59N50 Botte de correction des déformations du pied		**428,41**	
2766485	OI59G50 Botte de correction progressive des déformations congénitales du pied avec un réglage de l'abduction et de l'adduction de l'avant-pied		**438,83**	
2777017	OI59U01 Textile G 4-1 enduit de mousse de polyuréthane		**231,31**	
	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)			
2747648	OI59C30 Cuir moulé		**957,62**	
2719439	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)		**637,51**	
2710036	OI59N65 Botte articulée en polyoléfine sans valve antérieure avec articulation monoaxiale simple avec ou sans garnissage intérieur (sans armature)		**587,09**	
2731877	OI59N66 Botte articulée en polyoléfine sans valve antérieure avec articulation souple avec ou sans garnissage intérieur (sans armature)		**551,18**	

OI58

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2740037	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		**763,85**	

OI57

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2736432	OI57U01 Textile RS-1 enduit de mousse de polyuréthane		**166,21**	

OI39 : Grand appareil de marche sans appui sous-ischiatique

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 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. Avec certains matériaux, les embrasses peuvent ne plus être nécessaires			
	Articulé au genou			
	Attelles acier pièce sur pièce			
	À tourillons			
2707614	OI39C01 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 245,30**	
2751905	OI39C02 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**2 150,74**	
2786619	OI39C03 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 118,54**	
	À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)			
2776220	OI39C04 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 380,08**	
2756877	OI39C05 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**2 281,50**	
2716843	OI39C06 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 247,31**	
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)			
2781757	OI39C07 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 305,66**	
2773137	OI39C08 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**2 211,09**	
2777336	OI39C09 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 174,89**	
	Attelles alliage léger			
	À tourillons			
2730620	OI39D01 Mollet et cuissard cuir moulé		**1 965,16**	
2719132	OI39D01 avec 2 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 017,74**	
2797729	OI39D01 avec 4 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges		**2 070,32**	

	La rallonge comprend 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)			
2783756	OI39D02 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**1 881,20**	
2706572	OI39D02 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 933,78**	
2798663	OI39D02 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 986,36**	
2773500	OI39D03 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**1 853,76**	
2734410	OI39D03 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 906,34**	
2735993	OI39D03 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 958,92**	
	À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)			
2720879	OI39D04 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 075,62**	
2720490	OI39D04 avec 2 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 128,20**	
2742875	OI39D04 avec 4 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 180,78**	
2727640	OI39D05 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**1 989,15**	
2731653	OI39D05 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 041,73**	
2780686	OI39D05 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 094,31**	
2751271	OI39D06 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**1 961,74**	
2784477	OI 39 D 06 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 014,32**	
2791388	OI39D06 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges		**2 066,90**	

	La rallonge comprend 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)			
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)			
2775521	OI39D07 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 013,12**	
2784307	OI39D07 avec 2 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 065,70**	
2763370	OI39D07 avec 4 rallonges Mollet et cuissard cuir moulé, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 118,28**	
2733190	OI39D08 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**1 930,88**	
2764351	OI39D08 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 983,46**	
2785778	OI39D08 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 036,04**	
2739749	OI39D09 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**1 901,76**	
2715810	OI39D09 avec 2 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 954,34**	
2715269	OI39D09 avec 4 rallonges Embrasses garnies au mollet et au cuissard, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**2 006,92**	
2789463	OI39S50 Orthèse, cruro-pédieuse articulée au genou et à la cheville avec coque talonnière se prolongeant à l'avant-pied		**1 695,95**	
	Sans articulation de cheville			
2717191	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		**1 269,61**	
2725061	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		**1 252,08**	

	externe et comprenant une sangle jambière postérieure, une sangle jambière antérieure et un capitonnage			
	Attelles en composite de carbone			
2747720	OI39F50 Orthèse cruro jambière avec embrasses, articulation de genou libre à chape, à tourillons		**2 136,14**	
2703941	OI39F51 Orthèse cruro jambière avec embrasses, articulation de genou libre à chape, avec botte postérieure rigide en polyoléfine		**2 354,88**	
2750248	OI39F52 Orthèse cruro-pédieuse en fibre de carbone avec étrier en carbone		**2 881,03**	
	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			
2729863	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		**6 819,51**	
	Rigide au genou Gaine, jambière et cuisse en cuir plus ou moins ajouré			
	Attelles acier			
2725380	OI39C30 *À tourillons*		**2 066,24**	
	À étrier			
2715803	OI39C31 Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)		**2 255,33**	
2737472	OI39C32 Non démontable (pièce sur pièce)		**2 182,90**	
	Attelles alliage léger			
2730607	OI39D30 *À tourillons*		**1 643,62**	
2793170	OI39D30 avec 2 rallonges A tourillons, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 696,20**	
	À étrier			
2716122	OI39D31 Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)		**1 754,41**	
2747772	OI39D31 avec 2 rallonges Démontable, à clavettes (pièce sur pièce) , avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 806,99**	
2710390	OI39D32 Non démontable (pièce sur pièce)		**1 694,43**	
2746873	OI39D32 avec 2 rallonges Non démontable (pièce sur pièce) , avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 747,01**	
2777164	OI39N51 Orthèse cruro-pédieuse à correction de l'arrière-pied par un système à action progressive		**926,06**	
	Cuissard jambière rigide (avec pied) Pour maintien léger ou déformations rhumatismales			
2716808	OI39N53		**578,30**	

	Gouttière de nuit cruro-pédieuse garnie de mousse polyoléfine			
2744868	OI39U01 Textile G 6-1 enduit de mousse de polyuréthane		**270,23**	
	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.			
	Attelles acier			
2787518	OI39C50 Orthèse cruro jambière avec un seul montant anti-recurvatum		**3 054,86**	
2784508	OI39C51 Orthèse cruro jambière avec un seul montant anti-recurvatum		**2 986,07**	
	Botte cruro-pédieuse de correction progressive			
2784572	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		**641,21**	
2709197	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		**755,77**	
	Gouttières			
2740379	OI39G53 Gouttière de nuit cruro-pédieuse		**793,41**	
	Orthèse pour ostéochondrite de hanche			
2708648	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		**1 273,46**	
2759380	OI39N52 Orthèse de décharge et d'abduction avec patin et articulation à chape au genou et tourillons à la semelle		**2 239,67**	
2752201	OI39N54 Orthèse de décharge et d'abduction de la hanche avec cuissard en polyoléfine sans articulation de genou		**1 569,54**	

OI29: Grand appareil de marche avec appui sous-ischiatique rigide

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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			
	À tourillons			
2720974	OI29C01 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 482,68**	
2749156	OI29C02 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**2 382,09**	
2774674	OI29C03 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 345,87**	
	À étrier démontable à clavettes (pièces sur pièces)			
2729656	OI29C04 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 615,47**	
2786000	OI29C05 Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir		**2 510,84**	
2721809	OI29C06 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 476,22**	
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)			
2738951	OI29C07 Mollet et cuissard cuir moulé		**2 541,02**	
2742846	OI29C08 Embrasses garnies au mollet et au cuissard cuir		**2 438,43**	
2709866	OI29C09 Embrasses garnies au mollet et au cuissard		**2 405,71**	
	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			
2784460	OI29D20 Attelles alliage léger		**2 993,13**	
	Rigide au genou Gaine jambière et cuisse en cuir plus ou moins ajouré			
2783302	OI29C30 À tourillons		**2 360,00**	
2771144	OI29C31 À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)		**2 492,73**	
2765400	OI29C32 À étrier non démontable (pièce sur pièce)		**2 418,27**	

OI38 : Gaine cuissard jambière rigide

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2741249	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		**1 412,91**	

OI37 : Jambière cuissard rigide au genou

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales			
2747915	OI37G20 Polyisoprène sans armature	**702,06**	**702,06**	

OI36 : Genouillère

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine jambière et cuisse quatre embrasses postérieures			
	Articulée au genou			
2710830	OI36C01 Cuir moulé (attelles acier pièce sur pièce)		**1 795,98**	
2709270	OI36D02 Cuir moulé (attelles alliage léger)		**1 589,18**	
2724890	OI36N01 Polyoléfine avec armature (attelles acier pièce sur pièce)		**619,94**	
2754223	OI36N02 Polyoléfine avec armature (attelle alliage léger)		**626,80**	
2756819	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 .		**626,89**	
2740971	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		**626,89**	
2734350	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		**1 018,07**	
2736120	OI36A50 Orthèse avec un seul montant de contrôle des laxités du genou avec articulation polycentrique		**1 133,82**	

2737510	OI36D51 Orthèse de contrôle des laxités du genou avec articulation à chape avec arceau postérieur de compression condylienne		**1 091,65**	
2712905	OI36N60 Orthèse cruro jambière en polyoléfine avec articulation de genou libre avec butées réglables et effet dynamique réglable		**1 511,34**	
2736596	OI36N70 Orthèse cruro-jambière, sur mesure, articulation, PROTEOR, 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. **Description :** ODRA est une orthèse de genou utilisant les articulations ODRA (Orthèse de Distraction et Rotation pour Arthrose). Cette orthèse est constituée de deux articulations à crémaillère (une articulation interne et une articulation externe), deux embrasses antérieures (l'embrasse supérieure étant souple en polyéthylène et l'embrasse inférieure rigide en aluminium), deux montants en acier inoxydable reliant les articulations aux embrasses, un garnissage amovible lavable à la machine et trois sangles (une sangle maintenant la cuisse au niveau de l'embrasse supérieure, une sangle maintenant la jambe au niveau de l'embrasse inférieure et une sangle au niveau du creux poplité pour éviter le glissement de l'orthèse pendant la marche). Les articulations ODRA interne et externe sont différentes : - articulation interne : le pignon cranté est fixé sur le montant supérieur et se déplace sur la crémaillère. Cette articulation est positionnée verticalement ; - articulation externe : le pignon cranté est fixé sur le montant inférieur et la crémaillère sur le montant supérieur. Lors de l'extension, le centre de rotation recule par rapport à l'axe d'origine. Cette articulation est positionnée horizontalement. **Indication prise en charge :** 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). **Contre indications :** Cette orthèse est contre-indiquée : - patients souffrant de problèmes veineux superficiels ; - patients souffrant d'une atteinte du compartiment externe supérieure à celle du compartiment interne traité ; - patients avec un recurvatum très prononcé. **Modalites de prescription et d'utilisation :** 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 I18P01. La prise en charge de ce produit est soumise à une demande d'entente préalable.	**300,00**	**1 141,31**	**15-11-2022**
	Rigide au genou Gaine jambière et cuisse d'une seule pièce			
2725279	OI36C10 Cuir moulé (trois attelles acier ou alliage léger)		**1 227,36**	
2753815	OI36K10 Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**334,12**	
2756618	OI36N10 Polyoléfine, sans armature		**313,40**	
2792152	OI36N11 Polyoléfine, avec armature		**445,39**	
2782277	OI36S10		**382,37**	

	Stratifié de polyester			
2705450	OI36G10 Polyisoprène, sans armature		**469,39**	
2783390	OI36G11 Polyisoprène, avec armature		**601,36**	
2707063	OI36U02 Textile B G 5-1 enduit de mousse de polyuréthane		**290,00**	
2791610	OI36U01 Textile T 1 enduit de mousse de polyuréthane		**188,88**	

OI96 : Ceinture cuissard-jambière

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine jambière, cuisse et bassin, deux attelles latérales, ceinture métallique, quatre embrasses postérieures			
	Articulée au genou et à la hanche			
2777738	OI96C01 Cuir moulé, attelles acier (pièce sur pièce)		**2 709,03**	
2793789	OI96N01 Polyoléfine, avec armature attelles acier (pièce sur pièce)		**821,12**	
	Rigide au genou et à la hanche			
2701468	OI96C10 Cuir moulé, attelles acier		**2 112,34**	
2730257	OI96N11 Polyoléfine, avec armature		**622,68**	
2793795	OI96S10 Stratifié de polyester		**832,16**	

OI93 : Ceinture-cuissard

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gaine, cuisse et bassin, ceinture métallique, attelle externe, montant interne, deux embrasses postérieures			
	Articulée à la hanche avec points d'arrêt			
2733072	OI93C01 Cuir moulé, attelles acier (pièce sur pièce)		**1846,03**	
2724742	OI93N01 Polyoléfine, attelles acier (pièce sur pièce)		**595,30**	
2757760	OI93S01		**780,81**	

	Stratifié de polyester			
	Rigide à la hanche			
2727723	OI93C10 Cuir moulé, attelles acier ou alliage léger		**1 595,76**	
2765876	OI93N11 Polyoléfine, avec armature		**512,56**	
2779542	OI93S10 Stratifié de polyester		**659,06**	
2731370	OI93G10 Polyisoprène, avec armature		**691,89**	

§ 2. – Adjonctions

Pied

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2736538	AI8A01 Système de traction du membre inférieur pour OI39N54		**141,50**	

Cheville

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	A. Applicables aux appareils à tourillons			
	Particulières aux appareils OI59			
2736001	AI7A01 Butée excentrique réglable de limitation de flexion		**54,07**	
2767131	AI7A02 Limitation de mouvement par ressort		**40,33**	
	Particulières aux appareils OI39 et OI29			
2702019	AI7A10 Tourillons télescopiques		**59,75**	
	Communes à tous les appareils à tourillons			
2795311	AI7A15 Butée fixe antérieure ou postérieure pour limitation de flexion ou d'extension		**40,41**	
2795937	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)		**54,39**	
	B. Applicables aux appareils à étrier			
	Particulières aux appareils OI59			
2769058	AI7A20 Butée déverrouillable		**58,06**	

	Communes à tous les appareils à étrier			
2780373	AI7A25 Articulations à chape en remplacement des articulations pièce sur pièce		**58,84**	
2737940	AI7A26 Point d'arrêt de limitation de mouvement articulaire		**46,67**	
	Dispositif élastique de limitation de mouvement ou de rappel du pied :			
2775538	AI7A27 Par ressort en traction prolongé par une courroie cuir permettant le réglage		**34,22**	
2716441	AI7A28 Par ressort en traction ou en pression postérieur ou antérieur		**34,22**	
2732078	AI7A29 Par ressort type « sécateur »		**35,80**	
2797770	AI7A30 Par ressort inclus dans l'articulation		**72,75**	
2741255	AI7A31 Étrier en deux branches indépendantes pénétrant par leur base dans le talon (tourillon plat)		**24,73**	
2710579	AI7A32 Articulations latérales avec branche en « T » postérieure pénétrant dans le talon (tourillon plat postérieur)		**58,67**	
2716151	AI7C01 Chaussette cuir moulé (au lieu de chaussure)		**179,42**	
2782521	AI7Z01 Liège (jusqu'à 4 cm) dans chaussette cuir ou coutil		**14,57**	
2769029	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)		**127,14**	
	C. Applicables aux appareils OI59, OI39 et OI29			
2798427	AI7C10 Courroie anti-varus ou anti-valgus indépendante		**16,70**	
	Adjonctions au niveau du pied			
2795191	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		**258,89**	
2765899	AI8F02 Étrier carbone sur chausson ou chaussure		**744,96**	
	D. Applicables à OI36N60			
2714614	AI8N60 Botte pour orthèse OI36N60		**563,48**	

	Dirame France SARL			
	Description : 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 OI36N60 (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.			
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.		**182,61**	**15-03-2020**
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.		**182,61**	**15-03-2020**
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.		**182,61**	**15-03-2020**
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.		**397,82**	**15-03-2020**
2705696	Orthèse dynamique, adjonction, – 25 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, articulation libre. Référence prise en charge : Articulation libre ULTRAFLEX ROM pour l'articulation du genou : UF-E/KO-ROM.		**94,57**	**15-03-2020**
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.		**315,22**	**15-03-2020**
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		**81,53**	**15-03-2020**

	charge : Articulation libre ULTRAFLEX ROM pour patients de moins de 12 kg pour module monobloc : UF-E/KO-PROM.			

Genou

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Particulières aux appareils OI59			
2704337	AI4Z01 Plaque condylienne capitonnée		**30,42**	
	A. Applicables aux appareils articulés au genou			
	Particulières aux appareils OI39 et OI29			
2783992	AI4Z02 Disque condylien à pression réglable		**68,21**	
2720218	AI4Z03 Plaque condylienne capitonnée		**41,07**	
	Particulières aux appareils OI39 et OI36			
	Société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA (PROTEOR)			
2783443	AI4A16 Articulation genou pour orthèse membre inférieur, PROTEOR, SPL BASKO. Articulation de genou pour orthèse de membre inférieur, SPL BASKO de la société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA. **Description :** BASKO SPL est une articulation de genou pour orthèse du membre inférieur (orthèse de genou ou orthèse cruro-pédieuse) avec un système pendulaire interne qui verrouille ou déverrouille l'articulation, en fonction de l'angle de l'articulation dans le plan sagittal. Le conditionnement comporte une articulation SPL (Swing Phase Lock 2), droite ou gauche, une articulation SPC (Swing Phase Control), un satellite de commande, une notice d'utilisation et un petit outillage pour le montage. **Indications prises en charge :** Déficience fonctionnelle du quadriceps, à caractère définitif, et à l'origine d'un défaut de verrouillage du genou. Les conditions suivantes doivent être réunies pour permettre l'utilisation de l'articulation BASKO SPL : - une extension (passive) de hanche d'au moins 5°, - un flexum de genou inférieur à 10°, - 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.		**2728,66**	**15-02-2021**

	Modalités de prescription et d'utilisation : 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. GARANTIE SPL BASKO est garanti 3 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. **Références prises en charge :** La prise en charge est assurée pour les références 2H100-D et 2H100-G. La prise en charge est assurée pour les orthèses OI39D, OI39C, OI39S, OI39F, OI36C, OI36D, OI36N et OI39O.			
2708163	AI4A17 Articulation genou pour orthèse membre inférieur, PROTEOR, SPL BASKO, révision. 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 1re année de pose. Elle comprend notamment le changement systématique des butées, des roulements et du câble, et le changement des inserts et du satellite en fonction de l'usure, en moyenne une fois sur deux.		**411,87**	**15-02-2021**
	Société OTTO BOCK France (OTTOBOCK)			
2781378	Articulation genou pour orthèse membre inférieur, E-MAG ACTIVE, OTTOBOCK. Articulation de genou pour orthèse de membre inférieur, E-MAG ACTIVE de la société OTTO BOCK France. **Indications prises en charge :** Déficience fonctionnelle du quadriceps, à caractère définitif, et à l'origine d'un défaut de verrouillage du genou chez des patients répondant aux conditions suivantes : - un bon appui du côté controlatéral ; - une absence de spasticité ou une spasticité faible ; - une flexion active de la hanche, obtenue à l'aide des fléchisseurs de hanche (force musculaire 3-5) ou en basculant le bassin grâce aux muscles de l'abdomen ; - une absence de flexum de la hanche ; - une extension active de la hanche (force musculaire 3-5) ; - un flexum de genou inférieur à 15° ; - la capacité à atteindre l'extension du genou à la fin de la phase pendulaire. **Garantie :** E-MAG ACTIVE est garanti 3 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. **Modalités de prescription et d'utilisation :** 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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - articulation E-MAG ACTIVE gauche avec 5° de pré-flexion : 17B203=L ; - articulation E-MAG ACTIVE droite avec 5° de pré-flexion : 17B203=R ; - articulation E-MAG ACTIVE gauche avec 7.5° de pré-flexion : 17B203=L-7.5 ; - articulation E-MAG ACTIVE droite avec 7.5° de pré-flexion : 17B203=R-7.5.		**2728,66**	**15-06-2023**
2749759	Articulation genou pour orthèse membre inférieur, E-MAG ACTIVE, OTTOBOCK, révis. annuel. Articulation de genou pour orthèse de membre inférieur, EMAG ACTIVE de la société OTTO BOCK France, révision annuelle. La prise en charge de la révision annuelle d'E-MAG ACTIVE est assurée après la 1re 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.		**411,87**	**15-06-2023**

	Communes à tous les appareils au genou			
2796799	AI4A10 Articulations à chapes au genou en remplacement des articulations pièce sur pièce (sans roulement à billes)		**59,09**	
2726570	AI4A11 Articulations à chapes au genou en remplacement des articulations pièce sur pièce (avec roulement à billes)		**69,08**	
2716091	AI4A12 Verrou double du type Hoffa		**155,98**	
2704159	AI4A15 Verrou à coulisseau dit « canadien »		**86,80**	
2717802	AI4T10 Tracteur élastique avec cercle pivotant au genou		**35,11**	
2751288	AI4T11 Tracteur élastique sans cercle pivotant au genou		**25,42**	
	Fronde rotulienne capitonnée			
2713780	AI4C15 Limitée à la rotule		**81,09**	
2744638	AI4C16 Plus large et se prolongeant en coque condylienne		**114,55**	
	B. Applicables aux appareils rigides au genou			
	Appui sous-ischiatique			
	Applicables aux appareils OI 39			
2741500	AI2C01 Point d'appui sous-ischiatique souple		**100,22**	
2798953	AI2N50 Appui sous-ischiatique rigide pour orthèse en polyoléfine		**131,08**	
2732569	AI2N51 Appui sous-ischiatique souple pour orthèse en polyoléfine		**108,95**	

Hanche

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables aux appareils OI articulés à la hanche			
2706939	AI1A40		**28,71**	

	Articulation de hanche à chape en remplacement de l'articulation pièce sur pièce (sans roulement à billes)			
2750277	AI1A31 Verrou de hanche à chape		**121,02**	
2760650	AI1A30 Verrou de hanche simple du type Hoffa		**58,06**	
	Applicables aux appareils OI39 et OI29 nécessitant un maintien de l'articulation de la hanche			
	Ceintures étroites avec pièces de hanche métallique			
2763021	AI1A02 Ceinture cuir, largeur 45 mm, avec pièce de hanche en « T » et articulation à chape		**199,15**	
2780717	AI1A03 Large ceinture en cuir moulé avec pièce de hanche à chape		**611,90**	
	Ceintures larges ou corsets			
	Fixation à l'appareil Elle peut être réalisée par :			
	1. Des dispositifs non démontables			
2737822	AI1A11 Pièce de hanche métallique avec articulation à chape		**90,48**	
	Articulation haute non physiologique			
2770707	AI1A12 Sans articulation au niveau de la hanche		**112,22**	
2796517	AI1A13 Avec articulation au niveau de la hanche		**233,55**	
2720520	AI1A14 Pièce de hanche métallique avec double articulation à chape et à verrou		**381,83**	
	2. Des dispositifs démontables permettant la désolidarisation de l'appareil et du corset			
	Pièce de hanche démontable :			
2738974	AI1A20 À glissière.		**65,17**	
2718718	AI1A21 Par berckoise		**93,24**	
2743716	AI1A22 Par clavette		**93,24**	
	(Ces dispositifs s'ajoutent, selon le cas, aux références AI1A11, AI1A12, AI1A13 ou AI1A14.)			
	Si un verrou de hanche est nécessaire, ajouter :			
2705561	AI1A30 Verrou de hanche simple du type Hoffa		**58,06**	
2750277	AI1A31 Verrou de hanche à chape		**121,02**	
2735177	AI1A32 Verrou de hanche à coulisseau dit « Canadien »		**86,80**	
	Ceintures ou corsets			
	Corset en cuir moulé des trochanters à l'épine de l'omoplate			
2755719	TR49C11 En cuir moulé armé		**1 682,52**	
2729969	TR49C12 En cuir moulé armé, avec partie antérieure en coutil		**1 350,35**	

	Applicables à tous les appareils			
2761387	AI0A50 Barre réglable et amovible réunissant deux ensembles d'orthèses (ridoire) .		**237,93**	
	Dispositifs de suspension :			
	Par bretelles			
2715594	AI3T01 Bretelle simple avec partie élastique à l'avant sur une longueur de 25 cm		**21,40**	
2702090	AI3T02 Bretelle simple complètement en tissu élastique		**25,87**	
2701801	AI3T03 Bretelle simple avec partie élastique à l'avant sur une longueur de 25 cm avec un chef sur l'épaule opposée		**18,29**	
2786424	AI3T05 Bretelle simple avec parties élastiques à l'avant et à l'arrière sur une longueur de 25 cm		**22,28**	
	Par ceinture			
2788512	AI1C01 Ceinture en cuir largeur 45 mm avec chape en cuir		**52,99**	

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Gainage			
2748688	AI89C01 D'une semelle acier extérieure sur chaussette cuir ou semelle seule intérieure et extérieure		**37,98**	
2704975	AI6C01 D'une embrasse de jambière		**21,20**	
2746146	AI6C02 D'une embrasse sous-rotulienne		**22,08**	
2792666	AI3C01 D'une embrasse de cuisse		**22,08**	
2705779	AI3C02 D'une embrasse de cuisse en « S »		**25,63**	
2778590	AI6C03 D'un montant de jambière		**29,80**	
2797066	AI3C03 D'un montant de cuisse (y compris la tête d'articulation)		**36,97**	
2737176	AI3C04 D'un montant de cuisse (sans tête d'articulation)		**15,89**	
2714465	AI36C01 D'une attelle rigide, jambe, cuisse		**41,74**	
2776271	AI79C01		**51,27**	

	D'une attelle rigide, cuisse, bassin			
2741143	AI1C05 D'une pièce de hanche		**21,47**	
2728295	AI1C06 D'une pièce de ceinture		**13,24**	
2747921	AI79C02 D'une ceinture acier		**37,98**	
2743202	AI79C03 Des extrémités seules de la ceinture acier		**13,24**	
2783420	AI4C05 D'une tête d'articulation seule		**16,70**	
	Gainage de l'armature métallique			
2762582	AT79C01 D'une ceinture réf TR 79 C		**48,54**	
2700061	AT59C01 D'un corselet réf. TR 59 C		**70,60**	
2737667	AT49C01 D'un corset réf. TR 49 C		**106,47**	

§ 3. – Appareillage des infirmes moteurs cérébraux (Appareils types et variantes)

OI39 : Grand appareil de marche sans point d'appui sous-ischiatique

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Deux attelles latérales avec une large embrasse postérieure garnie au mollet et au cuissard			
	Articulé au genou			
2766315	OI39C90 À tourillons avec attelles acier		**1 771,37**	
2727290	OI39D90 À tourillons avec attelles en alliage léger		**1 654,34**	
2702344	OI39D90 avec 2 rallonges A tourillons avec attelles en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 706,92**	
2752365	OI39D90 avec 4 rallonges A tourillons avec attelles en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 759,50**	
2778324	OI39C91 À étrier avec attelles latérales en acier (articulation tibio-tarsienne à chape et roulements à billes)		**1 836,06**	
2750857	OI39D91 À étrier avec attelles latérales en alliage léger		**1 709,88**	
2774438	OI39D91 avec 2 rallonges A étrier avec attelles latérales en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend une partie de montant en alliage léger, montée par plusieurs vis sur l'attelle principale (à		**1 762,46**	

	l'exclusion des parties de montant en acier vissées directement sur l'attelle en alliage léger)			
2741150	OI39D91 avec 4 rallonges A étrier avec attelles latérales en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 4 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 815,05**	
	Rigide au genou			
2744561	OI39C92 À tourillons avec attelles latérales acier		**1 665,84**	
2705182	OI39D92 À tourillons avec attelles latérales en alliage léger		**1 394,63**	
2760956	OI39D92 avec 2 rallonges A tourillons avec attelles latérales en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 447,21**	
2726994	OI39C93 À étrier avec attelles latérales en acier (articulation tibio-tarsienne à chape et roulements à billes)		**1 737,93**	
2773829	OI39D93 À étrier avec attelles latérales en alliage léger		**1 444,31**	
2783934	OI39D93 avec 2 rallonges A étrier avec attelles latérales en alliage léger, avec un réglage en hauteur réalisé par 2 rallonges La rallonge comprend 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)		**1 496,89**	
2720900	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		**2 444,45**	

OI59 : Petit appareil de marche à tuteurs capitonnés,

une embrasse garnie postérieure et une semelle métallique occupant la totalité de la chaussure

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	À tourillons			
2752046	OI59C90 Avec un seul montant latéral en acier		**331,71**	

2736343	OI59C91 Avec deux montants latéraux en acier		**369,16**	

OI19

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2734717	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		**932,27**	

OI23

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2704538	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		**181,09**	

§ 4. – Adjonctions (Particulières à l'appareillage des infirmes moteurs cérébraux)

Cheville

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables aux appareils à tourillons			
2702798	AI7A01 Butée excentrique réglable de limitation de flexion antérieure ou postérieure		**54,07**	
2722950	AI7A15 Butée fixe antérieure ou postérieure pour limitation de flexion ou d'extension .		**40,41**	
	Applicables aux appareils à étrier			
2761482	AI7A26 Points d'arrêt de limitation de mouvement articulaire		**46,67**	
2756593	AI7A31 Étrier en deux branches indépendantes pénétrant par leur base dans le talon (tourillon plat)		**24,73**	
	Applicables aux appareils OI59 et OI39			
2798427	AI7C10 Courroie anti-varus ou anti-valgus indépendante		**16,70**	

Jambe

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2743886	AI6A90 Barre abductrice réglable et amovible se fixant sur les attelles internes de jambe		**99,02**	

Genou

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables aux appareils OI39 articulés au genou			
2709441	AI4Z03 Plaque condylienne capitonnée		**41,07**	
2793884	AI4Z02 Disque condylien à pression réglable		**68,21**	
	Fronde prérotulienne capitonnée			
2713780	AI4C15 Limitée à la rotule		**81,09**	
2744638	AI4C16 Plus large et se prolongeant en coque condylienne		**114,55**	
2716091	AI4A12 Verrou double du type Hoffa		**155,98**	
2781326	AI4A90 Verrou à coulisseau, dit « Canadien » avec bille de maintien de déverrouillage		**117,17**	
2715364	AI4A91 Cadran articulé de genou corrigeant le flexum		**70,13**	

Cuisse

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables aux appareils OI39			
2779507	AI3A90 Barre abductrice réglable et amovible, se fixant sur les attelles internes		**99,02**	

Appui sous-ischiatique

Code	Nomenclature	Prix de cession en €	Tarif/Prix limite de	Date de fin de prise en

		HT	vente en € TTC	charge
	Applicables aux appareils OI39			
2741500	AI2C01 Appui sous-ischiatique souple		**100,22**	

Hanche

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Applicables aux appareils OI 39 nécessitant un maintien de l'articulation de hanche			
	Ceinture avec pièce de hanche métallique			
2757032	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)		**702,69**	
2758600	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)		**683,96**	
2779855	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)		**791,65**	
2758959	AI1D92 Plaque métallique doublée cuir et caoutchouc mousse, s'appuyant sur le trochanter, pour luxation de hanche fixée sur ceinture		**54,88**	
2722230	AI1A90 Extensions dorsales verticales en acier souple doublées cuir, fixées sur ceinture avec suspension par bretelles		**328,46**	
2795104	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		**432,10**	

Corsets

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Fixation à l'appareil			
	Elle peut être réalisée par :			
	1. Des dispositifs non démontables			
	Articulation haute non physiologique			
2783785	AI1A12 Sans articulation au niveau de la hanche		**112,22**	
2770707	AI1A13 Avec articulation au niveau de la hanche		**233,55**	
	2. Des dispositifs non démontables permettant la désolidansation de l'appareil du corset			
	Pièce de hanche à montant démontable :			
2738974	AI1A20 À glissière		**65,17**	
2718718	AI1A21		**93,24**	

	Par berckoise			
2743716	AI1A22 Par clavette		**93,24**	
	Si un verrou de hanche nécessaire, ajouter :			
2702108	AI1A92 Verrou de hanche à coulisseau, dit « Canadien », avec bille de maintien de déverrouillage		**117,17**	

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2738885	AI6C90 Gainage d'une embrasse de jambe		**28,63**	
2743917	AI3C90 Gainage d'une embrasse de cuisse		**34,57**	
2778590	AI6C03 Gainage d'un montant de jambe		**29,80**	
2797066	AI3C03 Gainage d'un montant de cuisse (y compris la tête d'articulation)		**36,97**	
2783420	AI4C05 Gainage d'une tête d'articulation		**16,70**	
2714465	AI36C01 Gainage d'une attelle rigide au genou		**41,74**	
2741143	AI1C05 Gainage d'une pièce de hanche métallique		**21,47**	

§ 5. – Appareils de traitement

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Appareils de décharge			
2729283	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)		**1 361,04**	
	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 :			
2756386	OI29C50 Rigide au genou		**2 338,10**	
2718990	OI29C60 Articulé au genou avec verrou		**2 918,32**	
2727580	OI28C50 Gaine cuissard jambière rigide avec appui sous-ischiatique 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, 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		**2 383,64**	
	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 :			
2771003	OI99C50 Rigide au genou		**3 780,36**	
2766746	OI99C60 Articulé au genou avec verrou		**4 768,33**	

§ 6. – Adjonctions particulières aux appareils de traitement

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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			
2753904	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		**190,49**	
2749736	AI3C50 Volet de cuissard cuir ou polyoléfine ménageant une fenêtre pour fixateur antérieur		**237,47**	
2721057	AI3C51 Volet de cuissard cuir ou polyoléfine avec armature articulée, ménageant une fenêtre pour fixateur latéral		**1 150,65**	
2722140	AI3C52 Volet de cuissard cuir ou polyoléfine avec armature articulée ménageant deux fenêtres pour fixateur latéral		**1 397,30**	
2746488	AI6C25 Remplacement de l'embrasse garnie au mollet par une gaine en cuir moulé ou polyoléfine avec deux embrasses postérieures		**293,65**	

Section III. – Appareillage du tronc

(Le tarif des appareils ne comprend pas le prix du moulage)

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.

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.

A. – Orthopédie du tronc

§ 1. - Appareils types et variantes

TR79 : Ceinture des trochanters aux fausses côtes

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2754230	TR79K27 Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**280,75**	**31-07-2023**
2709872	TR79N35 Polyoléfine, sans armature		**168,35**	**31-07-2023**
2740706	TR79N36 Polyoléfine, avec armature		**327,59**	**31-07-2023**
2746436	TR79N50 Orthèse monovalve sans armature avec ouverture antérieure latérale ou postérieure garnie de mousse de polyoléfine		**512,13**	**31-07-2023**
2793200	TR79G45 Polyisoprène, sans armature		**424,38**	**31-07-2023**
2784968	TR79G46 Polyisoprène, avec armature		**585,45**	**31-07-2023**
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales			
2770593	TR79U01 Textile enduit de mousse de polyuréthane		**294,69**	**31-07-2023**

TR59 : Corset des trochanters à la pointe de l'omoplate (sans béquillons)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2749676	TR59K27 Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**617,31**	**31-07-2023**
2798433	TR59N34 grand module Polyoléfine rigide capitonné. Orthèse vertébrale active lombaire d'élongation (Ovale) bivalve (module préfabriqué ne nécessitant pas de moulage), avec poche lombaire gonflable en polyuréthane :		**774,34**	**31-07-2023**
2743834	TR59N34 petit et moyen module Polyoléfine rigide capitonné. Orthèse vertébrale active lombaire d'élongation (Ovale) bivalve (module préfabriqué ne nécessitant pas de moulage), avec poche lombaire gonflable en polyuréthane		**706,64**	**31-07-2023**
2707590	TR59N36 Polyoléfine, avec armature		**576,44**	**31-07-2023**
2707212	TR59N50 Orthèse sans armature, bivalve ou monovalve, avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine		**645,21**	**31-07-2023**
2768544	TR59G46 Polyisoprène avec armature		**617,26**	**31-07-2023**
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales			
2701385	TR59U01 Textile enduit de mousse de polyuréthane		**294,69**	**31-07-2023**

TR49

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Corset cuirasse complet des trochanters à l'épine de l'omoplate (sans béquillons)			
2743580	TR49C11 Cuir moulé, avec armature acier ou alliage léger comportant une ceinture pelvienne, deux tuteurs latéraux, deux tuteurs dorsaux et une ferrure transversale		**1 682,52**	**31-07-2023**
2761097	TR49K27 Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**726,67**	**31-07-2023**
2777000	TR49N36 Polyoléfine, avec armature		**713,38**	**31-07-2023**
2767020	TR49N70 Corset à valves modulaires en polyoléfine pour scoliose lom aire et dorso-lombaire		**1 666,18**	**31-07-2023**
2730010	TR49N71 Corset à valves modulaires en polyoléfine pour scoliose dorsale et/ou combinée, comportant un appui sous axillaire en forme de L renversé		**1 829,89**	**31-07-2023**
2760985	TR49N50 Orthèse sans armature bivalve ou monovalve, avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine		**809,43**	**31-07-2023**
2715223	TR49N51 Orthèse sans armature, bivalve, avec appui sternal, garnie de mousse de polyoléfine		**950,75**	**31-07-2023**
2737130	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		**2 500,38**	**31-07-2023**
2778614	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		**930,92**	**31-07-2023**
2772215	TR49T55 Corset toilé de Saint-Étienne Corset toilé élastique fabriqué sur mesure 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.		**435,21**	**31-07-2023**

	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			
	(Avec béquillons.)			
	(Avec ou sans plastron élastique.)			
2769012	TR49N37 Polyoléfine, avec armature		**782,47**	**31-07-2023**
2722938	TR49U01 Textile B 1 enduit de mousse de polyuréthane		**294,70**	**31-07-2023**
	Corsets de sustentation			
2759373	TR49K66 Corset caractérisé par deux solides points d'appui antérieurs (pubien et sternal) avec plastron dorsal réglable		**755,65**	**31-07-2023**
2724972	TR49N72 Corset à valves modulaires en polyoléfine pour cyphose, comportant un contre-appui scapulaire en sternal ayant un réglage antéro-postérieur		**1 739,26**	**31-07-2023**

TR39 : Grand corset-cuirasse remontant jusqu'à la base du cou et enfermant la région claviculaire

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2758296	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)		**1 789,69**	**31-07-2023**
2737070	TR39N50 Orthèse sans armature bivalve ou monovalve avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine		**1 021,90**	**31-07-2023**
2785382	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		**1 739,03**	**31-07-2023**
2746459	TR39K50 Orthèse moulée en correction avec une valve dorsale, deux valves pelviennes, une valve sternale		**1 808,30**	**31-07-2023**
2791678	TR39U01 Textile R 3 enduit de mousse de polyuréthane		**321,04**	**31-07-2023**

TR29

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Corset à collier, partie têtière amovible s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière			
2763989	TR29K27 Le même en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle.		**977,00**	**31-07-2023**
2775290	TR29G27 Le même en polyisoprène		**1 432,19**	**31-07-2023**
2745543	TR29N36 Polyoléfine, avec armature		**1 013,64**	**31-07-2023**
	Corset-cuirasse avec minerve bivalve s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière			

2743946	TR29N37 Polyoléfine, avec armature		**976,32**	**31-07-2023**

TR27 : Corselet minerve s'étendant des fausses côtes aux régions occipitale et mentonnière

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2760749	TR27O12 Corselet minerve réalisé dans un des matériaux prévus à la nomenclature, constitué par une valve postérieure armée 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)		**646,58**	**31-07-2023**

TR25 : Minerve à base thoracique

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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			
2734611	TR25K27 Le même en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**549,34**	**31-07-2023**
2701451	TR25K27 avec mentonnière amovible Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle avec mentonnière amovible		**660,35**	**31-07-2023**
2739057	TR25N35 Polyoléfine, sans armature		**320,79**	**31-07-2023**
2717742	TR25N35 avec mentonnière amovible Polyoléfine, sans armature, avec mentonnière amovible		**431,80**	**31-07-2023**
2701959	TR25N36 Polyoléfine, avec armature		**574,84**	**31-07-2023**
2785229	TR25N36 avec mentonnière amovible Polyoléfine, avec armature, avec mentonnière amovible		**685,85**	**31-07-2023**
2750892	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		**312,03**	**31-07-2023**

TR24 : Minerve

Code	Nomenclature	Prix de cession en €	Tarif/Prix limite de	Date de fin de prise en

		HT	vente en € TTC	charge
	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			
2741491	TR24K27 Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle		**440,13**	**31-07-2023**
2722418	TR24K27 avec mentonnière amovible Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle avec mentonnière amovible		**551,14**	
2749392	TR24N35 Polyoléfine, sans armature		**272,41**	**31-07-2023**
2707330	TR24N35 avec mentonnière amovible Polyoléfine, sans armature, avec mentonnière amovible		**383,42**	
2718598	TR24G45 Polyisoprène, sans armature		**397,42**	**31-07-2023**
2764664	TR24G45 avec mentonnière amovible Polyisoprène, sans armature, avec mentonnière amovible		**508,43**	

TR23 : Collier

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Appareil léger limitant les mouvements du cou			
2759628	TR23N35 Polyoléfine		**195,80**	**31-07-2023**
2707420	TR23G45 Polyisoprène Le moulage n'est pas indispensable sauf sur prescription dûment motivée.		**331,57**	**31-07-2023**

TR12 : Protège-crâne

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2743018	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)		**370,03**	**31-07-2023**
2797310	TR12N35 Le même en polyoléfine		**284,96**	**31-07-2023**

TR41 : Maillot pour orthèse du tronc

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2757109	TR41 Maillot pour orthèse du tronc avec col et mi-manche 100 % coton sans couture latérale.		**9,75**	**31-07-2023**

§ 2. - Adjonctions

Dispositif facilitant la mise en place du corset (charnières et fermetures comprises)

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2706945	AT49A01 Sur corset type TR49		**130,70**	**31-07-2023**
2785117	AT29A01 Sur corset type TR29		**36,46**	**31-07-2023**
2767823	AT00N50 Raidisseurs pour tous types d'orthèses sans armature métallique, quel qu'en soit le nombre		**94,79**	**31-07-2023**
2785040	AT00N51 Ajourages pour tous types d'orthèses n'en comportant pas dans leur conception d'origine, à la demande du médecin prescripteur		**54,95**	**31-07-2023**

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2717446	AT79C01 Gainage de l'armature d'une ceinture, référence TR79C		**48,54**	**31-07-2023**
2713709	AT59C01 Gainage de l'armature d'un corset, référence TR59C		**70,60**	**31-07-2023**
2735941	AT49C01 Gainage de l'armature d'un corset, référence TR49C		**106,47**	**31-07-2023**
2781160	AT49C70 minerve d'extension comportant une têtière avec mentonnière amovible montée sur un dispositif télescopique à pivot		**1 196,49**	**31-07-2023**
2726592	AT49C71 Cache en cuir ou plastique pour les éléments des corsets à valves modulaires références TR49 N		**37,39**	**31-07-2023**

§ 3. - Corsets - sièges

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 tarif de remboursement 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			
2777595	TR43Z01 Corset-siège en matériau thermoformable haute température		**1 159,37**	**31-07-2023**
	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.			
2704780	AT43Z01 Dispositif de stabilisation adapté à la base de la coque, quel que soit le matériau		**158,82**	**31-07-2023**
2772468	AT43Z02 Têtière amovible ou non		**148,62**	**31-07-2023**
2791218	AT43Z03 Têtière réglable au minimum en 2 plans (hauteur, antéro-postérieur, inclinaison)		**334,76**	**31-07-2023**
2751012	AT43Z04 Appui sous-claviculaire rigide et réglable		**106,23**	**31-07-2023**
2704047	AT43Z05 Appui sternal rigide et réglable		**201,42**	**31-07-2023**
2749469	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		**81,33**	**31-07-2023**
2793499	AT43Z07 Dispositif pour cale d'abduction amovible, quel que soit le matériau		**175,13**	**31-07-2023**
2740793	AT43Z08 Segment jambier (à l'exclusion du retour poplité) avec ou sans sangle		**204,08**	**31-07-2023**
2790986	AT43Z09 Segment pédieux avec ou sans sangle		**152,49**	**31-07-2023**
2740847	AT43Z10 Repose-pied, quel que soit le matériau		**163,69**	**31-07-2023**
2700724	AT43Z11 Tablette amovible suffisamment profonde pour pouvoir servir, si nécessaire, d'accoudoir avec support réglable, quel que soit le matériau		**276,45**	**31-07-2023**
2758758	AT43Z12 Accoudoir La prise en charge de cette référence ne peut s'ajouter à la référence AT43Z11		**154,95**	**31-07-2023**
2760778	AT43Z13 Dispositif de fixation du corset-siège à un support		**45,27**	**31-07-2023**
2739933	AT43Z14 Dispositif de fixation du segment fémoral		**25,28**	**31-07-2023**
2787961	AT43Z15 Support roulant, pivotant et réglable en hauteur, comportant un système de freinage et un dispositif inclinable de réception du socle du corset-siège		**439,75**	**31-07-2023**

2717972	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		**242,21**	**31-07-2023**
2716062	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 pr’sente des déformations orthopédiques majeures et/ou une maigreur telle(s) que le capitonnage du corset-siège de base TR43Z01 ne suffit pas.		**435,89**	**31-07-2023**
2748642	AT43Z18 Mentonnière.		**155,98**	**31-07-2023**
2777916	AT43Z19 Double capitonnage amovible		**104,46**	**31-07-2023**
2771279	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. 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.		**269,06**	**3’-07-2023**
2757339	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		**372,32**	**31-07-2023**
	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 associéà 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’utilisat on 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 d s 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 jam ier (AT43Z21). La prise en charge est assurée p ur le produit suivant :			
2713342	AT43Z22 Adjonction our 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.		**738,03**	**31-07-2023**

§ 3Bis. - Selle

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2710645	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 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 Le tarif de remboursement couvre le coût du moulage		**1 122,70**	**31-07-2023**

§ 4. - Appareil de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale.

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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.			
2773539	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.		**2 027,74**	**31-07-2023**
2737934	TR47Z01 Orthèse de maintien ou de correction, en position horizontale ou en position verticale, en matériau thermoformable haute température		**1 740,22**	**31-07-2023**
	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.			
2721933	AT47Z02 Têtière amovible ou non		**148,61**	**31-07-2023**
2793335	AT47Z03 Têtière réglable au minimum en deux plans (hauteur, antéro-postérieur, inclinaison)		**334,76**	**31-07-2023**
2767929	AT47Z04 Appui sous-claviculaire rigide et réglable		**106,23**	**31-07-2023**
2745320	AT47Z05 Appui sternal (orthèse postérieure) ou fessier (orthèse antérieure) rigide et réglable		**201,42**	**31-07-2023**
2751029	AT47Z06 Maintien thoracique ou abdomino-pelvien souple, l'unité La prise en charge de la référence AT47Z06 est assurée dans la limite de 2 unités maximum, lors de la livraison.		**81,33**	**31-07-2023**
2770558	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		**423,03**	**31-07-2023**
2784419	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		**496,23**	**31-07-2023**
2796813	AT47Z09 Module pédieux moulé, la paire		**305,00**	**31-07-2023**
2790680	AT47Z10 Cale de rattrapage d'abduction, la paire (à l'exclusion de superposition de mousse)		**242,21**	**31-07-2023**
2719161	AT47Z11		**276,45**	**31-07-2023**

	Tablette amovible pouvant servir d'accoudoir, avec support réglable quel que soit le matériau			
2789960	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.		**435,89**	**31-07-2023**
2718641	AT47Z18 Mentonnière		**155,98**	**31-07-2023**
2759568	AT29Z19 Housse dans la limite de quatre par an maximum		**32,41**	**31-07-2023**

Section IV. - Réparations

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2785130	Forfait annuel réparations de gros appareillage Réparations de gros appareillage remboursées sur simple présentation de la facture acquittée par le fournisseur (quel que soit l'appareil) **Codification** Les nouvelles références des réparations d'appareils de prothèse et d'orthopédie sont établies selon la codification suivante : a) 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. b) 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. c) Le chiffre 10 est utilisé pour indiquer les réparations et rechanges communs aux appareils de prothèse et d'orthopédie. d) 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		**178,95**	

	L. - Acétate de cellulose N. – Polyoléfine 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.			
	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, de l'avis de la consultation médicale d'appareillage ou du médecin spécialiste reconnu compétant aux termes de l'article R 165-30 du code la sécurité sociale et de l'arrêté du 29-02-1984, 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.			
2711165	Forfait entretien préventif pour prothèses avec genou muni d'un système hydraulique ou pneumatique de contrôle de la phase pendulaire limité à 1 entretien tous les 2 ans. **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 propres 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.		**95,02**	

	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 : - le type d'emboîture : 1. Emboîture à fermeture réglable 2. Emboîture rigide à suspension 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 mont 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 regarnissage 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 ’ 49. Réadapter De 50 à 59. Remettre en état De 60 à 69. Regarnir De 70 à 79. Poser.			

A. - Réparation et rechanges de pièce relatifs aux appareils de prothèse et d'orthopédie –

Membre supérieur

Réparations et rechanges communs à différents appareils de prothèse

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Main. - RS8			
	Remplacer			
2703131	RS830 Anneau à vis, poli et nickelé avec queue filetée de prise rapide à guillotine		**45,94**	**31-07-2019**
2711946	RS831 Anneau rond poli et nickelé avec queue de prise rapide à guillotine		**31,58**	**31-07-2019**
2712957	RS832 Crochet poli et nickelé avec queue de prise rapide à guillotine		**24,84**	**31-07-2019**
	Avant-bras. - RS6			
	Remplacer			
2720508	RS601 Dispositif à prise rapide complet		**158,86**	**31-07-2019**
2739287	RS602 Dispositif à prise rapide par échange standard pour remise en état		**72,64**	**31-07-2019**
2761157	RS603 Bouton de commande de prise rapide		**5,72**	**31-07-2019**
2790259	RS604 Ressort de guillotine de prise rapide		**4,77**	**31-07-2019**
2708720	RS605 Tige de Trèves, seule, polie et nickelée		**71,76**	**31-07-2019**
2708565	RS606 Tige rigide, pour bras, polie et nickelée		**15,31**	**31-07-2019**
2707005	RS607 Un manchon en silicone de qualité médicale préfabriqué ou injecté avec tige de fixation Le tarif du moulage nécessaire pour manchon injecté n'est pas inclus		**474,64**	**31-07-2019**

Réparations particulières aux appareils en cuir et acier

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Avant-bras. - RS6C			

	Remplacer			
2755398	RS6C01 Cupule d'avant-bras avec ses deux montants		**109,09**	**31-07-2019**
2781970	RS6C02 Montant de cupule (par brasage) articulation pièce sur pièce		**39,23**	**31-07-2019**
2790526	RS6C03 Le même, avec articulation à chape		**61,23**	**31-07-2019**
2727031	RS6C04 Montant de cupule pour moignon d'avant-bras ankylosé		**79,44**	**31-07-2019**
2702775	RS6C05 Noyau fileté de cupule		**39,23**	**31-07-2019**
2757411	RS6C06 Montant d'avant-brassard postiche articulé au coude		**52,36**	**31-07-2019**
2769510	RS6C07 Montant avec partie palmaire pour porte-outil		**74,66**	**31-07-2019**
2794205	RS6C12 Avant brassard en cuir pour avant-bras à cupule, garniture, courroies ou lacet compris		**102,87**	**31-07-2019**
2794205	RS6C13 Gaine avant-brassard, brassard en cuir pour moignon d'avant-bras ankylosé (garniture et courroies comprises)		**91,34**	**31-07-2019**
2791336	RS6C14 Avant-brassard postiche en cuir		**58,38**	**31-07-2019**
2777218	RS6C15 Avant-brassard mitaine en cuir (garniture et lacet compris)		**132,06**	**31-07-2019**
2797280	RS6C16 Mitaine en cuir (garniture et lacet compris)		**97,60**	**31-07-2019**
	Regarnir			
2706320	RS6C20 Avant-brassard à cupule		**41,14**	**31-07-2019**
2778790	RS6C21 Gaine avant-brassard, brassard pour moignon d'avant-bras ankylosé, courroies comprises		**63,15**	**31-07-2019**
2714666	RS6C22 Avant-brassard mitaine, lacet compris		**51,63**	**31-07-2019**
2756140	RS6C23 Mitaine seule		**27,73**	**31-07-2019**
2713796	RS6C24 Gainer partie palmaire de montant à palette (peau ou plastique)		**13,38**	**31-07-2019**
	Bras. - RS3C			
	Remplacer			
2719126	RS3C01 Montant externe ou interne de brassard articulé au coude, boulon compris		**51,68**	**31-07-2019**
2770268	RS3C02 Montant externe de brassard articulé au coude et à l'épaule, boulon compris		**70,81**	**31-07-2019**
2718888	RS3C04 Cercle acier de calotte		**41,14**	**31-07-2019**
2761660	RS3C05 Cupule de bras avec ses deux montants		**109,09**	**31-07-2019**
2719103	RS3C10 Brassard cuir, garniture et courroies comprises		**146,42**	**31-07-2019**

2781616	RS3C11 Brassard cuir à calotte cuir ou bois, garniture et courroies comprises (calotte de coude non comprise)		**137,83**	**31-07-2019**
2746471	RS3C12 Brassard embauchoir d'épaule en cuir, garniture courroie ou lacet compris		**189,51**	**31-07-2019**
2790130	RS3C13 Calotte de coude en cuir		**45,94**	**31-07-2019**
2704745	RS3C15 Bracelet cuir, garniture et courroies comprises		**86,11**	**31-07-2019**
	Regarnir			
2718492	RS3C20 Brassard, lacet compris		**43,06**	**31-07-2019**
2738721	RS3C21 Brassard à calotte cuir ou bois, lacet compris		**50,70**	**31-07-2019**
2752709	RS3C22 Brassard embauchoir d'épaule, lacet compris		**66,02**	**31-07-2019**
2797994	RS3C23 Bracelet		**23,90**	**31-07-2019**
	Épaule. - RS1C			
	Remplacer			
2755582	RS1C01 Corselet en cuir, garniture comprise avec tour de corps et coulisseau		**293,80**	**31-07-2019**
2753650	RS1C05 Gilet en coutil		**88,15**	**31-07-2019**
2729739	RS1C08 Pattes élastiques d'attache de corselet au brassard (la paire)		**12,42**	**31-07-2019**
	Regarnir			
2751242	RS1C10 Corselet en cuir (seul)		**72,71**	
	Réparer			
2727083	RS1C14 Ferrure de corselet		**19,15**	

Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de vie sociale en chlorure de polyvinyle

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge

	Doigt. - RS9R			
	Remplacer			
2773640	RS9R01 Gant type classique		**49,56**	
2706336	RS9R02 Calotte		**131,63**	
2755636	RS9R03 Armature médiane		**114,23**	
2797913	RS9R04 Pièce intermédiaire dure		**132,29**	
2798574	RS9R05 Pièce intermédiaire souple		**75,58**	
	Main. - RS8R			
	Remplacer			
2792293	RS8R01 Gant type classique		**126,25**	
2793890	RS8R02 Pièce intermédiaire paume dure		**130,56**	
2781852	RS8R03 Pièce intermédiaire paume souple		**253,38**	
2790584	RS8R04 Pièce intermédiaire doigts		**130,56**	
	Avant-bras. - RS6R			
	Remplacer			
2726907	RS6R01 Calotte		**275,30**	
2735065	RS6R02 Armature médiane		**238,00**	
2721927	RS6R03 Pièce intermédiaire		**130,56**	
2724653	RS6R04 Contention poignet		**271,41**	
2797675	RS6R05 Gant type classique		**126,25**	
2730843	RS6R06 Gant de succion		**126,25**	
2719043	RS6R07 Montants d'avant-bras sur coude souple (pour prothèses des types PS4R01 (2756498), PS3R01 (2767680), PS2R01 (2774527), PS1R01 (2796753)).		**57,82**	
2745483	RS6R08 Montants d'avant-bras sur coude avec verrou (pour prothèses des types PS4R01 (2756498), PS3R01 (2767680) , PS2R01 (2774527), PS1R01 (2796753))		**57,96**	

	Coude. - RS4R			
	Remplacer			
2731245	RS4R01 Axe de coude souple		**58,05**	
2708246	RS4R02 Axe de coude avec verrou		**58,05**	
2716205	RS4R03 Système de verrouillage de coude avec verrou		**146,78**	
2717788	RS4R04 Câble de tirage du verrou (pour coude avec verrou)		**33,42**	
2740801	RS4R05 Coude souple, axe compris		**185,62**	
2766870	RS4R06 Coude avec verrou, axe compris		**209,03**	
	Bras. - RS3R			
	Remplacer			
2751680	RS3R01 Emboîture en chlorure de polyvinyle (sur prothèse PS3R01 (2767680) ou PS4R01 (2756498))		**525,37**	
2779743	RS3R02 Gant de revêtement de bras (sur prothèse PS3R01 (2767680) ou PS4R01 (2756498))		**111,68**	
	Épaule. - RS1R			
	Remplacer			
2736461	RS1R01 Emboîture en chlorure de polyvinyle (sur prothèse PS2R01(2774527) ou PS1R01 (2796753))		**613,65**	
2757776	RS1R02 Gant de revêtement épaule et bras (sur prothèse PS2R01 (2774527) ou PS1R01 (2796753))		**174,57**	
2796486	RS1R03 Sangle de maintien (sur prothèse PS2R01 (2774527) ou PS1R01 (2796753))		**33,34**	

Réparations et rechanges particuliers à la main en mat matériaux légers

à fermeture active et ouverture passive par ressort faisant l'objet du supplément AS9D03

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2733818	RSD01 Démontage et remontage du gant		**24,01**	
	Main. - RS8D			
2733155	RS8D01 Échange standard de la main complète (démontage et remontage du gant non compris)		**218,55**	
2781237	RS8D02 Remplacer un doigt souple ou rigide (démontage et remontage du gant non compris)		**31,22**	
2715826	RS8D03 Échange standard du mécanisme seul (démontage et remontage du gant non compris)		**85,83**	
2704656	RS8D04 Révision et nettoyage du mécanisme avec remplacement éventuel des pièces (démontage et remontage du gant non compris)		**32,12**	
2712644	RS8D05 Remplacer les capots (démontage et remontage du gant non compris)		**35,25**	
2775076	RS8D06 Remplacer le câble de tirage seul (démontage et remontage du gant non compris)		**24,81**	
2735970	RS8D07 Remplacer la queue de prise rapide (démontage et remontage non compris)		**36,76**	

Réparations et rechanges particuliers à la main D.A. pour enfant, adolescent, adulte,

faisant l'objet du supplément à la référence AS9D04

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2705294	RS9D50 Révision de la main comprenant nettoyage, réglage et graissage des différents mécanismes, avec remplacement de tous les petits éléments usés		**211,30**	
2780143	RS9D51 Remplacement d'un doigt rigide non mobilisé (annulaire ou auriculaire)		**55,77**	
2782260	RS9D52 Remplacement d'un doigt rigide mobilisé (index, majeur ou annulaire)		**142,07**	
2720632	RS9D53 Remplacement d'un doigt mobilisé et ayant une articulation inter phalangienne proximale (index, majeur ou annulaire)		**336,14**	
2712934	RS9D54 Remplacement d'un pouce rigide à 2 positions préréglables (sans sa chape d'articulation)		**119,00**	
2729159	RS9D55 Remplacement d'une plaque de fermeture (paume ou dos)		**80,52**	
2734367	RS9D56 Remplacement du dispositif passif de prono-sup’nation à friction réglable et blocage instantané		**94,97**	
2759137	RS9D57 Remplacement du dispositif passif de prono-supination à rotule à friction réglable et blocage instantané		**157,33**	

2740043	RS9D58 Remplacement du mécanisme interne de la main		**522,43**	
2756653	RS9D59 Échange standard du mécanisme interne de la main		**305,03**	
2753086	RS9D60 Remplacement du variateur favorisant la force de préhension		**527,10**	
2780083	RS9D61 Échange standard du variateur favorisant la force de préhension		**399,00**	
2741232	RS9D62 Remplacement d'une chaînette et d'un ressort de doigt articulé		**80,73**	
	Avant-bras. - RS6D			
2719215	RS6D01 Remplacer le prolongateur (démontage et remontage du gant non compris)		**32,50**	

Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de service

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	RS9			
	Remplacer			
2716820	RS9A01 Les deux doigts de recouvrement en caoutchouc ou en matière plastique (sur les branches d'un crochet-pince)		**16,82**	
2750426	RS9A02 Ensemble de ressorts de rappel sur crochet-pince		**17,89**	
2769319	RS9A03 Les trois doigts de recouvrement en caoutchouc ou matière plastique (sur pince tridigitale)		**40,22**	
2706810	RS9A04 Un doigt avec son recouvrement (sur pince tridigitale)		**149,84**	
	RS7S			
2778815	RS7S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**426,99**	
	RS6S			

2708335	RS6S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**426,99**	
	RS5S			
2731038	RS5S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**489,81**	
	RS4S			
2775840	RS4S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**486,95**	
	RS3S			
2753040	RS3S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**459,68**	
	RS2S			
2779849	RS2S01 Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris		**587,24**	
	RS1S			
2705800	RS1S01 Remplacer le corselet de fixation en stratifié de polyester, articulation non comprise, démontage, adaptation et remontage compris		**507,02**	

Réparations et rechanges particuliers aux prothèses tubulaires de vie sociale

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2705377	RSZ01 Démontage et remontage de la main et du revêtement seuls (ne peut être facturé qu'une seule fois pour la même prothèse)		**29,31**	
2737319	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)		**44,63**	
	Remplacer le revêtement en matière plastique cellulaire avec gaine textile de recouvrement:			
2751325	RSZ03 Pour prothèse PS4 - PS3 ou PS2		**85,15**	
2749191	RSZ04 Pour prothèse PS1		**140,01**	
	RS9Z			
2767639	RS9Z01		**224,69**	

	Remplacer la main souple gant non compris (RSZ01 et RSZ02 non compris)			
2714399	RS9Z02 Remplacer le gant à manchette longue (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**178,96**	
2787910	RS9Z03 Remplacer la main souple avec gant à manchette longue (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**380,72**	
	RS7Z			
2720000	RS7Z01 Remplacer la queue filetée de la main souple (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**23,55**	
2759634	RS7Z02 Remplacer l'adaptateur pour le dispositif terminal (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**50,54**	
	RS6Z			
2722074	RS6Z01 Remplacer le tube d'avant-bras (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**39,91**	
	RS4Z			
2726988	RS4Z01 Remplacer l'articulation du coude avec verrou (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**113,99**	
2722884	RS4Z02 Remplacer l'emboiture d'une prothèse PS4Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)		**597,50**	
	RS3Z			
2718894	RS3Z01 Remplacer le tube de bras (RSZ01 et RSZ02 compris)		**39,91**	
2743610	RS3Z02 Remplacer femboiture d'une prothèse PS3Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)		**480,75**	
	RS2Z			
2730754	RS2Z01 Remplacer femboiture d'une prothèse PS2Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)		**702,82**	
	RS1Z			
2751093	RS1Z01 Remplacer l'emboîture d'une prothèse PS1Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)		**735,85**	

2758534	RS1Z02 Remplacer la bretelle de suspension (RSZ01 et RSZ02 non compris)		**79,21**	
2714956	RS1Z03 Remplacer l'articulation d'épaule simple à friction		**229,36**	
2755984	RS1Z04 Remplacer l'articulation d'épaule à rotule		**255,95**	

Réparations et rechanges communs aux appareils de prothèse et d'orthopédie du membre supérieur RS10

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2763127	RS1001 Verrou de coude complet		**103,34**	
2796457	RS1002 Verrou seul, sans le secteur		**51,68**	
2730524	RS1003 Tuteur de verrou		**18,17**	
2794435	RS1004 Ressort du verrou		**4,77**	
2765994	RS1010 Pièce d'épaule à charnière roulée, ajustée sur une pièce de bras		**18,63**	
2727982	RS1011 Pièce de bras à charnière roulée, ajustée sur pièce d'épaule		**33,48**	
2718807	RS1012 Partie mâle de charnière d'épaule à double articulation, ajustée sur partie femelle		**50,70**	
2760169	RS1013 Partie femelle de charni’re d'épaule à double articulation, ajustée sur partie mâle		**71,76**	
2738454	RS1014 Goupille pour charnière		**4,77**	
2755895	RS1015 Embrasse polie en "S"		**23,90**	
2740729	RS1016 Embrasse polie droite pour brassard ou avant-brassard		**20,07**	
2784052	RS1017 La même, non polie		**15,31**	
2707360	RS1018 Boulon d'articulation n° 5 (trois pièces)		**12,42**	
2700457	RS1019 Vis d'articulation à portée		**10,50**	
2734781	RS1020 Vis d'assemblage pour articulation à roulement		**4,77**	
2791247	RS1022 Vis à métaux 4-75		**1,90**	
2737325	RS1023 Bouton fileté en cuivre ou en acier		**4,77**	

2743231	RS1024 Chape et poulie pour câble de tirage		**4,77**	
2782225	RS1025 Boucle à rouleau, 14 ou 16 mm avec chape cuir		**4,77**	
	Réparer			
2780551	RS1030 Butée d'articulation ou point d'arrêt en larme brasé		**15,31**	
2772161	RS1031 Joue brasée		**18,17**	
2724593	RS1032 Goujon brasé		**10,50**	
	Remplacer			
2778637	RS1040 Huit en cuir, posé		**5,72**	
2711627	RS1041 Courroie de 14 ou 16 mm posée		**4,77**	
2755040	RS1042 Courroie libre de maintien d'avant-brassard		**18,17**	
2764546	RS1043 Sous-laçure de brassard ou d'avant-brassard		**18,17**	
2714407	RS1045 Dessus d'embrasse en cuir à courroie		**13,56**	
2703958	RS1050 Courroies d'attache d'une épaulière de suspension (deux courroies cuir, deux pattes élastiques)		**34,44**	
2790940	RS1051 Courroie en cuir (seule) avec oeillets pour épaulière de suspension		**5,72**	
2784626	RS1052 Courroie élastique (seule) pour épaulière de suspension		**12,42**	
2756914	RS1053 Courroie tour de corps (sans coulisseau)		**15,31**	
2701209	RS1054 Coulisseau pour tour de corps		**7,64**	
	Regarnir			
2789316	RS1065 Embrasse garnie de brassard ou d'avant-brassard		**23,90**	
2768254	RS1066 Montant de garniture d'un montant en acier		**21,99**	
2710102	RS1067 Épaulière en cuir		**23,90**	
	Gainer			
2765072	RS1070 Montant de brassard ou d'avant-brassard		**10,50**	

2766189	RS1071 Embrasse en "S" de brassard		**10,50**	
2709330	RS1072 Embrasse ordinaire de brassard ou d'avant-brassard		**8,57**	
2784951	RS1073 Tête d'articulation		**7,64**	
	Réparer cuir et garniture			
2709139	RS1076 Pièce de renfort sous un montant de brassard ou d'avant-brassard		**10,50**	
2768219	RS1077 Recoudre, réparer ou reborder garniture de brassard ou d'avant-brassard		**8,57**	
2737390	RS1078 Recoudre ou réparer garniture de bracelet ou d'épaulière en cuir		**4,77**	
2741278	RS1079 Recoudre ou réparer garniture de corselet ou de gaine épaulière		**12,42**	
	Capitonner			
2788423	RS1084 Brassard ou avant-brassard		**10,50**	
2725581	RS1085 Gaine brassard épaulière		**23,90**	
	Lacets			
2702835	RS1090 Tresse (le mètre cinquante)		**2,85**	

Réparations et rechanges particuliers aux appareils d'orthopédie

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Avant-bras. - Main. - RS58			
	Remplacer			
2732204	RS5801 Montant interne à palette fixe		**51,68**	
2721063	RS5802 Montant externe simple		**28,69**	
2787145	RS5803 Montant à palette palmaire à griffes (ou autre système)		**56,44**	
2725598	RS5804 Palette palmaire amovible, gainée ou polie		**50,70**	
2776963	RS5806 Palette palmaire à charnière, gainée ou polie		**38,26**	
2738543	RS5807 Montant à charnière, sans la palette		**18,17**	
2760531	RS5808 Ressort à spires pour palette articulée		**8,57**	
2713603	RS5809 Ressort à lame d'acier, pour palette articulée		**12,42**	
2747588	RS5810		**12,42**	

	Ressort de tension, courroie comprise			
2737791	RS5811 Embrasse polie		**13,38**	
2776986	RS5815 Avant-brassard demi-gantelet en cuir, garniture boucles et courroies ou lacets compris		**129,18**	
2778962	RS5816 Avant-brassard pour gaine d'avant-bras, garniture boucles et courroies ou lacets compris		**98,57**	
	Regarnir			
2730518	RS5820 Avant-brassard demi-gantelet, lacet compris		**50,70**	
2799600	RS5821 Avant-brassard de gaine d'avant-bras, lacet compris		**41,14**	
	Gainer			
2797646	RS5825 Palette circulaire palmaire pour dispositif de paralysie radiale		**19,15**	
	Bras. - Avant-bras. - RS36			
	Remplacer			
2709754	RS3601 Attelle externe ou interne pour gaine rigide de coude		**79,44**	
2774102	RS3602 Gaine rigide de coude entière, garniture courroies et boucles comprises		**283,30**	
	Regarnir			
2726416	RS3603 Gaine rigide de coude entière		**86,11**	
	Avant-bras. - Bras. - Épaule. - RS16			
	Remplacer			
2773887	RS1601 Montant externe de brassard épaulière avec ferrure d'épaule à armature circulaire et articulation de coude		**83,23**	
2706550	RS1602 Montant externe de brassard épaulière avec ferrure d'épaule circulaire sans articulation de coude		**73,69**	
2779861	RS1603 Montant externe de brassard épaulière, articulé au coude (sans ferrure circulaire d'épaule)		**57,43**	
2712271	RS1604 Montant externe de brassard épaulière sans ferrure circulaire d'épaule ni articulation de coude		**45,94**	
2738968	RS1605 Montant interne, sans articulation		**28,69**	
2751489	RS1610 Gaine brassard épaulière en cuir, garniture lacet et courroie tour de corps compris		**189,51**	

2770417	RS1611 Avant-brassard en cuir, garniture et lacet compris		**98,57**	
	Regarnir			
2736202	RS1615 Gaine brassard épaulière avec avant-brassard, garniture et lacet compris.		**119,63**	
2715542	RS1617 Gaine brassard épaulière seule (sans tour de corps), garniture et lacet compris.		**66,02**	
2790733	RS1618 Avant-brassard à embrasses garnies		**53,59**	
2797630	RS1619 Avant-brassard cuir entier		**39,23**	
2796109	RS1620 Garniture réparée, recousue après réparation d'une pièce métallique d'une gaine brassard épaulière		**15,31**	

B. - Réparations des prothèses du membre inférieur

Forfaits de réparation de prothèses du membre inférieur

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2766232	FI01XA001 Pour démonter ou remplacer une pièce de hanche ou une ceinture		**55,01**	**31-07-2022**
2747795	FI01XC001 Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (5) ou (1)		**23,80**	**31-07-2022**
2757061	FI03AC001 Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (1) ou (2)		**30,37**	**31-07-2022**
2725813	FI03XX001 Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou		**142,43**	**31-07-2022**
2741611	FI03XX002 Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou		**63,78**	**31-07-2022**
2763736	FI03XX003 Pour remplacer un moyen de suspension fourniture comprise		**99,27**	**31-07-2022**
2704320	FI06AC001 Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (3) ou (4)		**30,37**	**31-07-2022**
2706017	FI06XX001 Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de jambe		**122,62**	**31-07-2022**
2733161	FI06XX002 Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de jambe		**65,81**	**31-07-2022**
2723205	FI06XX003 Pour remplacer un moyen de suspension fourniture comprise		**49,92**	**31-07-2022**
	Renvois des forfaits de réparation des prothèses du membre inférieur			
	(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 ou 2725813)		**142,43**	
	(2) Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou ou une orthèse. (FI03XX002 ou 2741611)		**63,78**	
	(3) Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de jambe ou une orthèse.		**122,62**	

	(FI06XX001 ou 2706017)			
	(4) Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de jambe ou une orthèse. (FI06XX002 ou 2733161)		**65,81**	
	(5) Pour démonter ou remplacer une pièce de hanche ou une ceinture ou une orthèse. (FI01XA001ou 2766232)		**55,01**	

Réparations applicables au niveau de la hanche RI01

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses exosquelettiques			
	Remplacer			
2705390	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)		**1699,25**	**31-07-2022**
2786878	RI01XA001 Un verrou de hanche à chape à branche double, vis et ressort compris (5)		**111,60**	**31-07-2022**
2724498	RI01XA002 Une pièce de hanche complète à fourche et à chape (5)		**566,66**	**31-07-2022**
	Remettre en état			
2784164	RI01XA050 Un système de roulement (1) ou (2)		**293,39**	**31-07-2022**
2752715	RI01XA051 Un verrou de hanche, vis et ressort compris (1) ou (2)		**46,41**	**31-07-2022**
	Prothèses endosquelettiques			
	Remplacer			
2775194	RI01ZX001 Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire avec bas de recouvrement sur prothèse pour désarticulation de hanche (1) ou (2)		**347,08**	**31-07-2022**
2747654	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)		**1700,97**	**31-07-2022**
2773670	RI01ZS102 Une coque en résines stratifiées avec articulation à verrou déportée à l'avant, adaptation et finition comprises de la coque (2)		**1840,51**	**31-07-2022**
2719327	RI01ZZ001		**1589,49**	**31-07-2022**

	Une coque pour amputation de hanche ou équivalent (sans l'articulation), moulage non compris			
	Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques			
	Remplacer			
2736946	RI01CC010 Une ceinture en cuir, spéciale pour coque (largeur 18 à 20 cm) garnie en peau de cheval chromée (1) ou (2)		**239,31**	**31-07-2022**
2764760	RI01XX010 Un coussin en matière cellulaire garni en peau de cheval chromée		**42,65**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2746258	RI01XC160 Une coque, coussin compris (5)		**127,79**	**31-07-2022**
2747631	RI01XC061 Une demi-ceinture en cuir (5)		**82,66**	**31-07-2022**

Réparations applicables au niveau de la cuisse RI03

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses exosquelettiques			
	Remplacer			
2762990	RI03AA001 Un montant externe à tête d'articulation d'étrier et de hanche pour cuissard en cuir à calotte porte-genou (1) ou (2)		**202,98**	**31-07-2022**
2776242	RI03AA002 Un montant externe ou interne pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)		**84,44**	**31-07-2022**
2769503	RI03XA001 Un montant externe ou interne pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)		**99,67**	**31-07-2022**
2779281	RI03XA002 Un montant externe ou interne avec verrou Hoffa pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)		**179,25**	**31-07-2022**
2755850	RI03XD001 Un ensemble poulie latérale		**85,30**	**31-07-2022**
2701899	RI03XD002 Un ensemble poulie centrale		**82,37**	**31-07-2022**
2790905	RI03SS201 Une emboîture à suspension en résines stratifiées, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**948,41**	**31-07-2022**
2766605	RI03BB601 Une emboîture de contact en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**983,37**	**31-07-2022**
2788883	RI03SS601 Une emboîture de contact en résines stratifiées, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**902,91**	**31-07-2022**
2723820	RI03SF601 Une emboîture flexible transparente de contact avec sa structure stratifiée, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**1232,57**	**31-07-2022**
	Remettre en état			

2740050	RI03XX050 La prothèse par un laquage complet (1) ou (2)		**80,90**	**31-07-2022**
	Prothèses endosquelettiques			
	Remplacer			
2789836	RI03ZX001 Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire sur une prothèse fémorale, le revêtement s'arrêtant au niveau des malléoles (1) ou (2)		**172,13**	**31-07-2022**
2739620	RI03ZX002 Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire sur une prothèse f'morale, le revêtement se prolongeant jusqu'à l'avant-pied (1) ou (2)		**234,71**	**31-07-2022**
2741210	RI03ZX003 Un bas de recouvrement sur une prothèse fémorale		**11,01**	**31-07-2022**
2796173	RI03ZC101 Une emboîture à suspension, en cuir, à calotte, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**912,05**	**31-07-2022**
2714778	RI03ZB201 Une emboîture à suspension, en bois, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**926,47**	**31-07-2022**
2789760	RI03ZD201 Une emboîture à suspension, en alliage léger, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**749,09**	**31-07-2022**
2700167	RI03ZS201 Une emboîture à suspension, en résines stratifiées, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**962,29**	**31-07-2022**
2753809	RI03ZB601 Une emboîture de contact en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**1 060,50**	**31-07-2022**
2752543	RI03ZF601 Une emboîture flexible transparente de contact avec sa structure stratifiée, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**1 187,79**	**31-07-2022**
2702338	RI03ZS601Une emboîture de contact, en résines stratifiées, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**959,10**	**31-07-2022**
2729194	RI03ZS602 Une emboîture de contact en résines stratifiées avec une ouverture interne ou externe réglable, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**1 177,99**	**31-07-2022**
2790590	RI03ZX601 Une emboîture dans un des matériaux inscrit aux spécifications techniques autre que le plâtre sur une prothèse d'entraînement ou d'étude, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)		**695,56**	**31-07-2022**
	Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques			
	Remplacer			
2708750	RI03BX010 Un frettage sur une emboîture en bois parchemmage en couronne compris, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)		**99,37**	**31-07-2022**

2733244	RI03DD010 Une bordure d'ouvertures (en alliage léger) (1) ou (2)		**16,44**	**31-07-2022**
2737354	RI03XA010 Un cercle en acier pour consolider une emboîture (1) ou (2)		**42,61**	**31-07-2022**
2758801	RI03XC010 Un fourreau en cuir dans une emboîture de l'épaisseur d'un ou de deux bas couvre-moignon (1) ou (2)		**80,33**	**31-07-2022**
2752885	RI03XX010 Une masselote (1) ou (2)		**12,10**	**31-07-2022**
2732026	RI03XX011 Une soupape d'obturation		**20,98**	**31-07-2022**
2712207	RI03XX012 Un siège de valve (1) ou (2)		**81,12**	**31-07-2022**
2741574	RI03XX013 L'emboîture flexible seule de l'emboîture test servant d'approche et d'étude pour l'emboîture définitive		**268,66**	**31-07-2022**
2756831	RI03XX014 Un anneau flexible d'étanchéité pour emboîture test servant d'approche et d'étude pour l'emboîture définitive		**291,47**	**31-07-2022**
2753672	RI03XX015 Un manchon en silicone ou copolymère préfabriqué ou injecté et tramé de qualité médicale (tarif du moulage nécessaire non inclus pour manchon injecté)		**503,62**	**31-07-2022**
2722275	RI03XX016 Un manchon polyuréthane		**1 507,04**	**31-07-2022**
	Réadapter			**31-07-2022**
2703361	RI03BB040 Une emboîture en bois par retouches, finition comprise de l'emboîture (1)		**55,87**	**31-07-2022**
2737756	RI03SS040 Une emboîture en résines stratifiées par retouches, finition comprise de l'emboîture (1)		**55,87**	**31-07-2022**
	Remettre en état			
2796658	RI03BB050 Une emboîture en bois par reparcheminage, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2).		**94,84**	**31-07-2022**
2778821	RI03BB051 Une emboîture en bois, par reparcheminage en couronne, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)		**63,98**	**31-07-2022**
2726020	RI03BB052 Une emboîture en bois par laquage (1) ou (2)		**35,72**	**31-07-2022**
2784840	RI03BB053 Une emboîture en bois'par vernissage intérieur (1) ou (2)		**48,54**	**31-07-2022**
2728935	RI03SS050 Une emboîture par stratification de finition (1) ou (2)		**99,43**	**31-07-2022**
	Poser			
2750165	RI03BB070 Un flipot pour fêlure d'emboiture (1) ou (2)		**22,11**	**31-07-2022**
2790489	RI03BB071 Une clé (1) ou (2)		**13,35**	**31-07-2022**

Réparations applicables au niveau du genou RI04

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge

	Prothèses exosquelettiques			
	Remplacer			
2702657	RI04BA001 Un verrou de genou complet et sa butée, démontage et réglage compris (prothèse PI03 en bois) (1) ou (2)		**150,68**	**31-07-2022**
2757598	RI04BC001 Les deux courroies de fixation de l'articulation du genou de forme anatomique (1)		**80,22**	**31-07-2022**
2721614	RI04BT001 Un tendeur de bâtonnet		**66,76**	**31-07-2022**
2747482	RI04BT002 Les rappels élastiques d'extension pour jambe en bois à marcher sur le genou (la paire)		**45,47**	**31-07-2022**
2726860	RI04XA003 Un câble de verrou		**68,39**	**31-07-2022**
2703148	RI04XA004 Un cadran de verrou		**77,11**	**31-07-2022**
2748932	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).		**150,68**	**31-07-2022**
2744800	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).		**106,40**	**31-07-2022**
2790495	RI04XT001 Une fronde de rappel du segment jambier pour le genou de forme anatomique		**82,70**	**31-07-2022**
2720483	RI04XT002 Les deux tendeurs arrières du genou de forme anatomique (1)		**69,13**	**31-07-2022**
2792672	RI04XT003 Une fronde élastique de rappel du segment jambier		**83,84**	**31-07-2022**
2740936	RI04XT004 Un sandow (1) ou (2)		**30,23**	**31-07-2022**
2785821	RI04XX002 Un coussin pour calotte d'appui de genou		**73,34**	**31-07-2022**
2731216	RI04XX003 Une tirette pour verrou		**66,24**	**31-07-2022**
2733066	RI04XX004 Une butée feutre ou caoutchouc pour bâtonnet ou verrou		**34,48**	**31-07-2022**
2756009	RI04XX005 Une calotte du genou pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied		**178,95**	**31-07-2022**
2725055	RI04BBD01 Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en bois)		**262,44**	**31-07-2022**
2760672	RI04BBL01 Un genou à articulation anatomique (prothèse en bois) (1) ou (2)		**780,95**	**31-07-2022**

2712880	RI04BBL02 La partie supérieure du genou de forme anatomique, finition comprise du segment fémoral (1) ou (2)		**374,34**	**31-07-2022**
2763251	RI04BBL03 La partie inférieure du genou de forme anatomique, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)		**422,10**	**31-07-2022**
2714577	RI04SSD01 Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2).		**340,00**	**31-07-2022**
2755547	RI04SSG01 Un genou à double articulation à biellettes (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)		**314,30**	**31-07-2022**
	Remettre en état			
2792525	RI04XAO50 Un verrou de genou complet et sa butée (1) ou (2)		**102,87**	**31-07-2022**
2736410	RI04SSD50 Un genou à articulation monoaxiale libre avec son mécanisme (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)		**50,55**	**31-07-2022**
2768165	RI04SSG50 Un genou à double articulation à biellettes avec son mécanisme (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)		**86,54**	**31-07-2022**
2701646	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		**257,38**	**31-07-2022**
	Prothèses endosquelettiques			
	Remplacer			
2716323	RI04ZA001 Un câble de verrou		**68,39**	**31-07-2022**
2707784	RI04ZT001 Un rappel d'extension		**85,49**	**31-07-2022**
2773746	RI04ZDR01 Un genou à articulation polycentrique à barres (moignon long) (1).		**2 031,40**	**31-07-2022**
2769035	RI04ZXD01 Un genou à articulation monoaxiale libre (1) ou (2)		**236,54**	**31-07-2022**
2759255	RI04ZXG01 Un genou à double articulation polycentrique à biellettes courtes (1)		**363,04**	**31-07-2022**
2727628	RI04ZXG02 Un genou à double articulation polycentrique à biellettes longues (1)		**680,36**	**31-07-2022**
2745537	RI04ZXH01 Un genou à double articulation à frein stabilisateur (1)		**262,04**	**31-07-2022**
2791299	RI04ZXP01 Un genou à articulation monoaxiale avec rappel hydraulique (1)		**1 190,58**	**31-07-2022**
2708683	RI04ZX001 Une calotte de genou		**198,06**	**31-07-2022**
	Échange standard pour les prothèses endosquelettiques			
2735935	EI04ZDR01 D'un genou à articulation polycentrique à barres (moignon long) (1)		**1 445,98**	**31-07-2022**
2736018	EI04ZXD01 D'un genou à articulation monoaxiale libre (1) ou (2)		**190,04**	**31-07-2022**
2790064	EI04ZXG01 D'un genou à double articulation polycentrique à biellettes courtes (1)		**291,24**	**31-07-2022**
2774415	EI04ZXG02 D'un genou à double articulation polycentrique à biellettes longues (1)		**546,70**	**31-07-2022**
2756848	EI04ZXH01		**210,43**	**31-07-2022**

	D'un genou à double articulation à frein stabilisateur (1)			
2713075	EI04ZXP01 D'un genou à articulation monoaxiale rappel hydraulique (1)		**954,61**	**31-07-2022**

Réparations applicables au niveau de la jambe RI06

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses exosquelettiques			
	Remplacer			
2742438	RI06AA004 Un montant avant ou arrière pour appareil en cuir (3) ou (4)		**150,42**	**31-07-2022**
2785376	RI06AA006 Une cupule en acier (3) ou (4)		**197,71**	**31-07-2022**
2705584	RI06AA007 Une embrasse circulaire (3) ou (4)		**90,96**	**31-07-2022**
2728912	RI06AA008 Un cercle en acier pour malléole en bois, pour emboîture jambière en cuir (3) ou (4) .		**82,74**	**31-07-2022**
2736350	RI06BB001 Une malléole en bois, parcheminage et finition comprise du segment jambier (3) ou (4) .		**117,41**	**31-07-2022**
2765416	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)		**184,44**	**31-07-2022**
2787205	RI06XA004 Une vis tranversale pour malléole (3) ou (4)		**24,88**	**31-07-2022**
2753531	RI06XB001 Un quillon de cultivateur en frêne, rond ou ovale (dit bateau)		**129,23**	**31-07-2022**
2732859	RI06XC004 Un manchon en cuir moulé avec tracteurs et garnissage pour emboîture de jambe (3)		**259,71**	**31-07-2022**
2782700	RI06XT001 Les tracteurs élastiques seuls (la paire)		**68,01**	**31-07-2022**
2776785	RI06SS201 Une emboîture en résines stratifiées, à suspension (3)		**358,21**	**31-07-2022**
2749742	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).		**1 086,37**	**31-07-2022**
2727261	RI06SS601 Une emboîture de contact en résines stratifiées sans manchon (adaptation et finitions comprises), destinée à recevoir le manchon court (4)		**920,69**	**31-07-2022**

	Réadapter			
2746778	RI06XC040 Un manchon en cuir d'emboîture de jambe par agrandissement ou rétrécissement d'un centimètre au maximum (3)		**47,20**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2738342	RI06AC060 Le manchon de jambe en cuir, y compris le bourrelet et le réparer s'il y a lieu		**102,30**	**31-07-2022**
2771948	RI06AC061 Le bourrelet du manchon de jambe en cuir ou le réparer		**72,16**	**31-07-2022**
2728303	RI06AC062 Une calotte en cuir, coussin en matière cellulaire compris		**83,02**	**31-07-2022**
2703071	RI06AC063 Un appui-sous-rotulien		**82,00**	**31-07-2022**
	Prothèses endosquelettiques			**31-07-2022**
	Remplacer			
2760867	RI06ZD001 Un tube en alliage léger pour prothèse de jambe (3) ou (4)		**23,48**	**31-07-2022**
2727953	RI06ZX001 Un revêtement en matière plastique cellulaire du segment jambier (3) ou (4)		**101,65**	**31-07-2022**
2798315	RI06ZX002 Un bas de recouvrement du segment jambier		**60,94**	**31-07-2022**
2710728	RI06ZAM01 Un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)		**1 734,77**	**31-07-2022**
2710496	RI06ZAM02 Un châssis pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)		**229,87**	**31-07-2022**
2797126	RI06ZDP01 Un bloc hydraulique pour prothèse à genou à mécanisme hydraulique sans contrôle du mouvement du pied (1)		**881,15**	**31-07-2022**
2798485	RI06ZS601 Une emboîture de contact en résines stratifées sans manchon (adaptation et finitions comprises) destinée à recevoir le manchon court (4)		**980,11**	**31-07-2022**
2791224	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)		**717,18**	**31-07-2022**
	Remettre en état			
2797563	RI06ZAM50 Un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)		**471,73**	**31-07-2022**
2761938	RI06ZDP50 Un système de contrôle de la phase pendulaire d'un genou muni d'un tel système qu'il soit hydraulique ou pneumatique (1)		**234,78**	**31-07-2022**
	Échange standard			**31-07-2022**
2720840	EI06ZAM01 D'un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)		**1 391,11**	**31-07-2022**
2727864	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		**708,16**	**31-07-2022**

	Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques			
	Remplacer			
	RI06 **Manchon tibial avec moulage du moignon pour la confection du manchon pour les prothèses PI06SSA63 - PI06FFA64 - PI06ZSA63**			
2717392	RI06XJ001 Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en caoutchouc (3) (tarif du moulage non inclus)		**187,55**	**31-07-2022**
2794990	RI06XN001 Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en mousse de polyéthylène (3) (tarif du moulage non inclus)		**138,60**	**31-07-2022**
2799869	RI06XX001 Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)		**375,13**	**31-07-2022**
2717890	RI06XJ002 Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en caoutchouc (3) (tarif du moulage non inclus)		**613,29**	**31-07-2022**
2752193	RI06XX002 Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)		**644,68**	**31-07-2022**
2760005	RI06XX003 Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, préfabriqué et standardisé, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)		**516,21**	**31-07-2022**
2770357	RI06XX004 Un manchon en gel de silicone préfabriqué de qualité médicale (pose et adaptation comprises)		**823,39**	**31-07-2022**
2778666	RI06XX005 Les manchons en gel copolymère préfabriqué		**595,55**	**31-07-2022**
2742800	RI06XX006 Les manchons en gel polyuréthane		**1 321,25**	**31-07-2022**
2735697	RI06XX010 Dispositif de liaison permettant l'accrochage distal destiné aux manchons hauts (4) non cumulable avec la référence RI06XX011		**282,78**	**31-07-2022**
2771612	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		**1 725,01**	**31-07-2022**

Réparations applicables au niveau de la cheville RI07

Code	Nomenclature	Prix de cession en €	Tarif/Prix limite de	Date de fin de prise en

		HT	vente en € TTC	charge
	Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques			
	Remplacer			
2742303	RI07XA001 Une articulation de pied (1) ou (3)		**91,64**	**31-07-2022**
2794441	RI07XX001 Un amortisseur pour cheville multiflexion.		**74,69**	**31-07-2022**

Réparations applicables au niveau du pied RI08

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Prothèses exosquelettiques			
	Remplacer			
2724200	RI08XJ301 Un pied articulé moulé (3)		**48,10**	**31-07-2022**
2750018	RI08XJ401 Un pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (Sach)		**108,01**	**31-07-2022**
	Prothèses endosquelettiques			
	Remplacer			
2709205	RI08ZB301 Un pied pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1) ou (2)		**183,00**	**31-07-2022**
2765563	RI08ZD001 Une embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation, pose et réglage compris (3) ou (4)		**60,02**	**31-07-2022**
2775863	RI08ZJ301 Un pied articulé moulé (3)		**48,10**	**31-07-2022**
2714413	RI08ZJ401 Un pied rigide (Sach) avec coin talonnier de souplesse variable		**108,01**	**31-07-2022**
2737093	RI08ZJ701 Un pied rigide (Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation		**168,07**	**31-07-2022**
2701422	RI08ZJ801 Un pied monté sur un ensemble de cheville spécial, muni d'un réglage antéro-postérieur, pose et réglage compris (3)		**242,19**	**31-07-2022**
2779275	RI08ZJ850 Un pied monté sur un ensemble spécial de cheville, muni d'un réglage antéro-postérieur (3)		**195,36**	**31-07-2022**
	Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques			
	Remplacer			

2757055	RI08XJ302 Les butées de pied articulé (1) ou (3)		**9,79**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2746235	RI08XC060 Un pied (2) ou (4)		**41,96**	**31-07-2022**

Réparations et rechanges communs aux prothèses et orthèses du membre inférieur RI10

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2791365	RI10AA001 Une embrasse sous-ischiatique (1) ou (2)		**144,11**	**31-07-2022**
2772439	RI10AA002 Une embrasse de cuisse en "S"		**128,88**	**31-07-2022**
2720454	RI10AA003 Une embrasse sous-rotulienne		**112,96**	**31-07-2022**
2756392	RI10AA004 Une embrasse droite		**128,74**	**31-07-2022**
2752052	RI10XA001 Un verrou "Hoffa" ressort et vis à portée compris		**137,10**	**31-07-2022**
2799421	RI10XA002 Un ressort en acier pour verrou "Hoffa"		**52,21**	**31-07-2022**
2718144	RI10XA003 Une demi-ceinture en acier pour large ceinture en cuir (5)		**202,83**	**31-07-2022**
2715683	RI10XA004 Une pièce de ceinture (boulon compris) (5)		**27,41**	**31-07-2022**
2750797	RI10XA005 Un montant de pièce de hanche (5)		**65,59**	**31-07-2022**
2776609	RI10XA006 Un roulement à billes		**68,04**	**31-07-2022**
2726244	RI10XA007 Une vis d'assemblage pour articulation à roulements		**53,05**	**31-07-2022**
2795200	RI10XA008 Une vis à portée d'articulation		**54,25**	**31-07-2022**
2738187	RI10XA010 Une boucle à rouleau avec chape en cuir		**48,38**	**31-07-2022**
2753850	RI10XA011 Une boucle à talon		**42,52**	**31-07-2022**
2707146	RI10XA012 Un ou des oeillets ou un ou des crochets de laçage		**33,76**	**31-07-2022**

2717274	RI10XAB01 Un montant avec tête d'articulation pièce sur pièce (vis à portée comprise) (1) ou (2)		**108,91**	**31-07-2022**
2742036	RI10XAC01 Un montant avec tête d'articulation à chape (vis d'articulation comprise) (1) ou (2)		**151,82**	**31-07-2022**
2783928	RI10XC001 Une bande d'oeillets pour cuissard ou jambière (1) ou (2)		**39,41**	**31-07-2022**
2784359	RI10XC002 Une courroie de 22 mm		**46,09**	**31-07-2022**
2785531	RI10XC003 Une courroie de 14 mm ou 16 mm		**42,81**	**31-07-2022**
2795699	RI10XC004 Une large ceinture en cuir moulé sur crêtes iliaques pour pièce de hanche, garniture et fermeture comprises (5)		**311,80**	**31-07-2022**
2763972	RI10XC005 Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 15 cm) (5)		**103,03**	**31-07-2022**
2761068	RI10XC006 Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 12 cm) (5)		**119,34**	**31-07-2022**
2772178	RI10XC007 Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 10 cm) (5)		**107,89**	**31-07-2022**
2702060	RI10XC008 Une ceinture en cuir, droite (hauteur 10 cm) (5)		**90,11**	**31-07-2022**
2709719	RI10XC009 Une ceinture en cuir à engainement pour plaque pelvienne, garniture de laçage compris (hauteur 45 mm) (5)		**141,02**	**31-07-2022**
2766893	RI10XC010 Une ceinture en cuir non garnie (hauteur 45 mm) (5)		**45,75**	**31-07-2022**
2750580	RI10XC011 Une ceinture en cuir non garnie (hauteur 35 mm) (5)		**44,00**	**31-07-2022**
2781881	RI10XC012 Une pièce de hanche en cuir		**22,19**	**31-07-2022**
2764894	RI10XC013 Une sous-laçure de ceinture moulée (5)		**47,02**	**31-07-2022**
2733267	RI10XC014 Une sous-laçure de cuissard (1) ou (2)		**55,63**	**31-07-2022**
2766373	RI10XC015 Une sous-laçure de jambière (1) ou (2)		**53,44**	**31-07-2022**
2790182	RI10XC017 Un écusson cheik (3) ou (4)		**20,02**	**31-07-2022**
2763682	RI10XC018 Un cheik tendeur en cuir chromé (lacet)		**38,13**	**31-07-2022**
2794180	RI10XC021 Une fourche de rappel		**49,46**	**31-07-2022**
2737443	RI10XC022 Un lacet en cuir chromé de 1,50 mètre de long		**36,77**	**31-07-2022**
2755889	RI10XC101 Un cuissard en cuir avec point d'appui sous-ischiatique, garniture et fermeture comprises (3) ou (4)		**267,37**	**31-07-2022**
2797681	RI10XC102 Un cuissard en cuir sans point d'appui sous-ischiatique, garniture et fermeture comprises (3) ou (4)		**192,97**	**31-07-2022**
2767616	RI10XT001 Une fermeture Velcro de 25 mm (3) ou (4)		**15,50**	**31-07-2022**
2782640	RI10XT002 Une fermeture Velcro de 30 mm (3) ou (4)		**18,71**	**31-07-2022**
2704248	RI10XT003		**134,13**	**31-07-2022**

	Une ceinture en tissu de 10 cm de hauteur (garnissage compris) (5)			
2743923	RI10XT004 Un cheik tendeur en tissu rigide (3) ou (4)		**10,96**	**31-07-2022**
2714005	RI10XT005 Une patte élastique de fourche de rappel		**42,15**	**31-07-2022**
2700813	RI10XT006 Un rappel à deux branches en tissu élastique de 35 mm de large, avec deux pattes		**74,73**	**31-07-2022**
2759396	RI10XT007 Un rappel à une branche en tissu élastique de 35 mm de large, avec pattes		**57,52**	**31-07-2022**
2709033	RI10XT008 Un rappel en tissu élastique pour verrou "Hoffa"		**44,94**	**31-07-2022**
2796322	RI10XT009 Un rappel élastique en tissu damier de 12 cm de large		**69,09**	**31-07-2022**
2771894	RI10XT010 Un lacet tressé de 1,50 mètre de long		**35,62**	**31-07-2022**
2702380	RI10XX001 Un cache-boucle		**36,75**	**31-07-2022**
	Remettre en état			
2752833	RI10AA050 Un bout de montant par brasage ou soudure (1) ou (2)		**51,91**	**31-07-2022**
2708938	RI10AA051 Un point d'arrêt en lame pour butée d'articulation, par brasage et soudure (1) ou (2)		**51,22**	**31-07-2022**
2768366	RI10AAC50 Une chape d'articulation, par resserrage et ajustage (1) ou (2)		**24,25**	**31-07-2022**
2754022	RI10AA053 Un verrou "Hoffa" (1) ou (2)		**42,47**	**31-07-2022**
2724647	RI10XC050 Recoudre et réparer une garniture avec réparation d'une pièce métallique sur une ceinture, un cuissard ou une jambière (1) ou (2)		**74,21**	**31-07-2022**
2764032	RI10XD050 Une emboiture présentant une fente, par soudure (1) ou (2)		**80,23**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2747938	RI10XC160 Un cuissard avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris, en peau de cheval chromée (1) ou (2)		**115,47**	**31-07-2022**
2702120	RI10XC161 Un cuissard avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris, en basane (1) ou (2)		**106,45**	**31-07-2022**
2786714	RI10XC162 Un cuissard sans point d'appui sous-ischiatique, en peau de cheval chromée (1) ou (2).		**77,30**	**31-07-2022**
2763541	RI10XC163 Un cuissard sans point d'appui sous-ischiatique, en basane (1) ou (2)		**68,97**	**31-07-2022**
2781800	RI10XC064 Un point d'appui sous-ischiatique seul (1) ou (2)		**60,46**	**31-07-2022**

2738900	RI10XC065 Reborder un bout de cuissard ou de jambière (1) ou (2)		**25,97**	**31-07-2022**
2721206	RI10XC066 Une ceinture en cuir de 12 à 15 cm (5)		**68,91**	**31-07-2022**
2746407	RI10XC067 Une ceinture en cuir de 45 mm (5)		**38,08**	**31-07-2022**
2795802	RI10XC068 Une pièce de ceinture (5)		**20,85**	**31-07-2022**

Réparations et rechanges des appareils d'orthopédie du membre inférieur RI10

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2765356	RI1001 Montant externe ou interne de cuissard à point d'appui sous-ischiatique .		**83,23**	**31-07-2022**
2781088	RI1002 Montant externe ou interne de cuissard sans point d'appui sous-ischiatique		**66,99**	**31-07-2022**
2711366	RI1004 Embrasse de cuisse en "S" polie		**33,48**	**31-07-2022**
2755949	RI1024 Boulon trois pièces n° 2 ou en "T"		**14,33**	**31-07-2022**
2734812	RI1025 Boulon rivet à tête goutte de suif		**10,50**	**31-07-2022**
2746519	RI1026 Vis à métaux 4/75		**1,90**	**31-07-2022**
2798717	RI1028 Boulon fileté en cuivre ou en acier		**4,77**	**31-07-2022**
	Regarnir			
	Cuissard cuir avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris :			**31-07-2022**
2781415	RI1091 Large ceinture cuir moulé sur les crêtes iliaques		**83,23**	**31-07-2022**
2789227	RI1092 Ceinture en forme de 12 à 15 cm de hauteur		**58,38**	**31-07-2022**
	Capitonner			
2733698	RI1098 Cuissard cuir		**22,59**	**31-07-2022**
2733913	RI10100 Large ceinture en cuir moulé		**28,69**	**31-07-2022**
	Gainer			
2752230	RI10101 Gainage en vachette d'une embrasse sous-ischiatique de cuisse en "S"		**24,84**	**31-07-2022**
2783822	RI10102 Gainage en vachette d'une embrasse de cuisse, de jambe ou sous-rotulienne		**15,31**	**31-07-2022**
2725351	RI10103 Gainage en vachette d'un montant de cuisse tête d'articulation comprise		**19,15**	**31-07-2022**
2705153	RI10104 Gainage en vachette d'une tête d'articulation		**5,72**	**31-07-2022**
2767510	RI10105		**15,31**	**31-07-2022**

	Gainage en vachette d'un montant de mollet			
2728616	RI10106 Gainage en vachette d'un bas de montant d'un bout d'attelle ou d'un bout de ceinture		**8,57**	**31-07-2022**
	Réadapter			
2766999	RI10111 Réadaptation d'un cuissard et de ses ferrures nécessitée par engraissement ou amaigrissement (essayage compris)		**46,87**	**31-07-2022**
2718919	RI10112 Réadaptation avec essayage d'une gaine ou d'une emboîture fémorale ou jambière		**41,14**	**31-07-2022**
	Reborder, recoudre			
2745632	RI10115 Reborder un cuissard de jambière ou d'emboîture et de regarnir le point d'appui sous-ischiatique souple		**20,07**	**31-07-2022**
2713840	RI10116 Reborder simplement un haut cuissard ou de jambière		**9,56**	**31-07-2022**
2718150	RI10117 Recoudre et réparer garniture après réparation d'une pièce métallique sur une ceinture, un cuissard ou une jambière		**12,42**	**31-07-2022**
	Accessoires divers			
	(Remplacer)			
2739519	RI10135 Lacet plume (le mètre)		**1,90**	**31-07-2022**

Réparations et rechanges particuliers des appareils d'orthopédie du membre inférieur

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Jambe. - RI59C			
	Remplacer			
2741551	RI59C01 Montant à empattement pour botte rigide (rivé sur la semelle)		**60,27**	**31-07-2022**
2741456	RI59C02 Attelle d'étai sur botte rigide		**28,69**	**31-07-2022**
2738260	RI59C03 Semelle d'acier rivée sur les montants, polie		**50,70**	**31-07-2022**
2764010	RI59C04 Semelle d'acier brasée sur les montants, polie		**88,04**	**31-07-2022**
2768610	RI59C05 Montant forgé à tourillon et son contre-écrou		**95,69**	**31-07-2022**

2791371	RI59C06 Montant avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon		**63,16**	**31-07-2022**
2715329	RI59C13 Chaussette en cuir (seule) de botte rigide, garniture comprise		**80,39**	**31-07-2022**
2729403	RI59C14 Mollet seul sur botte articulée, garniture et lacet compris		**178,96**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2795340	RI59C20 Botte rigide ou articulée, chaussette cuir comprise avec lacets		**111,97**	**31-07-2022**
2744839	RI59C21 Mollet seul sur botte articulée, lacet compris		**60,27**	**31-07-2022**
2777359	RI59C22 Chaussette cuir seule sur botte rigide, lacet compris		**39,23**	**31-07-2022**
2762524	RI59C23 Appareil OI59 à embrasses garnies sans dessus vachette, y compris garniture des montants		**58,38**	**31-07-2022**
	Cuisse. - Jambe. - Pied. - RI39C			
	Remplacer			
2749334	RI39C01 Montant latéral externe ou interne de cuissard jambière rigide avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon		**112,41**	**31-07-2022**
2739028	RI39C02 Montant entier externe ou interne de cuissard jambière rigide pour ankylose de genou en flexion		**131,11**	**31-07-2022**
2716961	RI39C03 Étrier à rallonges pour cuissard jambière rigide pour ankylose de genou en flexion		**114,84**	**31-07-2022**
2785181	RI39C04 Bout de montant par brasure sur cuissard jambière pour ankylose de genou en flexion		**85,17**	**31-07-2022**
2773781	RI39C10 Cuir entier de cuissard jambière rigide (garniture et courroies comprises)		**396,24**	**31-07-2022**
2708298	RI39C12 Sous-laçure de cuissard jambière rigide		**43,06**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2737800	RI39C20 Cuir entier de cuissard jambière rigide (lacet compris)		**140,24**	**31-07-2022**
2726238	RI39C21 Cuir entier de cuissard jambière rigide pour ankylose du genou (lacet compris).		**168,44**	**31-07-2022**
	Cuisse. - Jambe. - Pied. - RI29C			
	Remplacer			
2713767	RI29C01 Montant latéral externe rigide avec tête d'articulation à la hanche et tête d'articulation pour étrier ou tourillon		**143,55**	**31-07-2022**
2736870	RI29C02 Montant latéral interne rigide avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon		**116,75**	**31-07-2022**
2710310	RI29C10 Cuir entier de cuissard jambière à point d'appui sous-ischiatique, garniture et cour'oies comprises		**478,54**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2754944	RI29C20 Cuir entier de cuissard jambière à point d'appui sous-ischiatique		**165,55**	**31-07-2022**

	Genouillère. - RI36C			
	Remplacer			
2774987	RI36C01 Montant de cuisse ou de jambière pour genouillère articulée, boulon ou point d'arrêt compris		**66,99**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2755518	RI36C05 Genouillère rigide complète, lacet compris		**118,67**	**31-07-2022**
	Ceinture. - Cuissard. - Jambière. - RI96C			
	Remplacer			
2725411	RI96C01 Montant latéral externe à fourche pour ceinture cuissard jambière rigide		**128,24**	**31-07-2022**
2778755	RI96C02 Montant latéral interne pour ceinture cuissard jambière rigide		**118,67**	**31-07-2022**
2709843	RI96C05 Cuissard cuir pour ceinture cuissard jambière articulée, garniture et lacet compris.		**230,66**	**31-07-2022**
2712288	RI96C06 Ceinture cuir entière, garniture et courroies comprises		**268,94**	**31-07-2022**
2771954	RI96C07 Volet de ceinture en cuir moulé, boucles ou courroies comprises		**51,68**	**31-07-2022**
2744348	RI96C08 Volet de cuissard jambière rigide		**74,66**	**31-07-2022**
2792689	RI96C09 Sous-laçure de cuissard jambière rigide		**43,06**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2721732	RI96C17 Cuissard seul, lacet compris		**86,11**	**31-07-2022**
	Ceinture. - Cuissard. - RI93C			
	Remplacer			
2740089	RI93C01 Montant latéral de ceinture cuissard articulée		**79,44**	**31-07-2022**
2708170	RI93C02 Montant latéral externe à fourche pour ceinture cuissard rigide		**65,78**	**31-07-2022**
2771836	RI93C03 Montant interne de ceinture cuissard rigide ou articulée		**50,70**	**31-07-2022**
2779499	RI93C10		**58,38**	**31-07-2022**

	Volet de cuissard, boucles ou courroies comprises			
	Regarnir			**31-07-2022**
2735473	RI93C15 Ceinture cuissard articulée entière, lacet compris		**174,24**	**31-07-2022**
2735786	RI93C16 Ceinture cuissard rigide, lacet compris		**155,04**	**31-07-2022**
2712029	RI93C17 Cuissard seul, lacet compris		**85,17**	**31-07-2022**

Réparations et rechanges communs aux appareils d'orthopédie du membre inférieur

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Pied. - RI89			
	Remplacer			
2729870	RI8901 Semelle acier entière, montée sur chaussure		**27,73**	**31-07-2022**
2733617	RI8902 Semelle acier entière, rivée sur étrier, polie		**46,87**	**31-07-2022**
2740882	RI8903 Semelle acier avec griffes ou oreilles		**43,06**	**31-07-2022**
2772706	RI8904 Semelle acier avec tube tourillon		**43,06**	**31-07-2022**
2785927	RI8905 Demi-semelle acier, montée sur chaussure		**21,99**	**31-07-2022**
2797764	RI8906 Demi-semelle acier, rivée sur étrier, polie		**41,14**	**31-07-2022**
2799823	RI8907 Demi-semelle étrier d'une seule pièce, polie		**85,17**	**31-07-2022**
2730702	RI8912 Étrier à empattement pour chaussure ou pour chaussette (semelle, boulon ou vis non compris)		**66,99**	**31-07-2022**
2748234	RI8913 Étrier forgé à chape, pour chaussure ou chaussette		**98,57**	**31-07-2022**
2758385	RI8914 Embrasse pour étrier		**15,31**	**31-07-2022**
2748369	RI8916 Clavette pour étrier démontable, polie, vis à portée comprise		**19,15**	**31-07-2022**
2729857	RI8917 Boulon d'articulation à gorge pour clavette		**12,42**	**31-07-2022**
2773812	RI8918 Boulon tourillon entier avec contre-écrou brasé		**19,15**	**31-07-2022**
2719362	RI8919 Boulon tourillon amovible avec contre-écrou		**13,38**	**31-07-2022**
2761950	RI8920 Goujon tourillon de 4 cm brasé		**12,42**	**31-07-2022**
2792821	RI8931 Ressort pour releveur de pied		**7,64**	**31-07-2022**

	Remonter			
2787062	RI8934 Étrier ou semelle à tourillon sur chaussure		**14,33**	**31-07-2022**
	Remplacer			
2725753	RI8940 Chaussette en cuir, garniture et lacet compris		**66,99**	**31-07-2022**
2721726	RI8942 Dessous de semelle en vachette		**15,31**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2738224	RI8945 Chaussette cuir seule, lacet compris		**39,23**	**31-07-2022**
	Gainer			
2732612	RI8948 Semelle acier complète (pour appareils de marche sans chaussette cuir).		**28,69**	**31-07-2022**
	Jambe. - RI58			
	Remplacer			
2725026	RI5801 Montant de jambière avec tête d'articulation pièce sur pièce au genou et à l'étrier ou au tourillon		**88,04**	**31-07-2022**
2756950	RI5802 Embrasse droite non polie		**18,17**	**31-07-2022**
2722520	RI5810 Jambière en cuir sans point d'appui sous-rotulien		**176,09**	**31-07-2022**
2714324	RI5811 Dessus d'embrasse garnie en cuir à courroie		**13,38**	**31-07-2022**
2770624	RI5813 Volet de jambière en cuir (crochet compris)		**34,44**	**31-07-2022**
2703740	RI5814 Montant carbone		**183,38**	**31-07-2022**
	Regarnir			
2715453	RI5821 Plaque condylienne		**5,72**	**31-07-2022**
2766522	RI5822 Embrasse de mollet à embrasses garnies (seule, sans dessus vachette)		**28,69**	**31-07-2022**
	Cuisse. - RI35			
	Remplacer			
2783673	RI3501 Montant de cuisse avec tête d'articulation à la hanche et au genou		**88,04**	**31-07-2022**
2701037	RI3502		**18,17**	**31-07-2022**

	Embrasse non polie			
	Regarnir			
2703527	RI3512 Embrasse garnie de cuissard à embrasses garnies (seule, sans dessus vachette).		**28,69**	**31-07-2022**

C. - Réparation et rechanges - Orthopédie du tronc

Réparations et rechanges particuliers à un type d'appareil

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	RT79			
	Regarnir			
2767970	RT79C01 Ceinture cuir entière, lacet compris		**104,29**	**31-07-2023**
	Remplacer			
2750515	RT79K01 Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**94,41**	**31-07-2023**
2736739	RT79K02 Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**135,22**	**31-07-2023**
	RT59			
	Regarnir			
2762085	RT59C01 Ceinture cuir entière, lacet compris		**156,94**	**31-07-2023**
	Remplacer			
2744331	RT59Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**
2703585	RT59T01 Un devant en coutil avec lacet		**60,32**	**31-07-2023**
2736716	RT59N01 Une sous-patte en polyoléfine		**19,36**	**31-07-2023**
2797652	RT59N02 Une poche lombaire gonflable en polyuréthane		**118,49**	**31-07-2023**
2751785	RT59K01 Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**122,62**	**31-07-2023**
2745260	RT59K02 Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**192,27**	**31-07-2023**
2761039	RT59A01 Une barre sternale		**56,28**	**31-07-2023**
2759479	RT59A02 Une articulation latérale de réglage pour barre sternale		**40,33**	**31-07-2023**
2733920	RT59A03 Un appui sternal garni avec charnière		**65,33**	**31-07-2023**

	RT49			
	Remplacer			
2738945	RT49C01 Fermeture berkoise		**53,59**	**31-07-2023**
2799705	RT49C02 Tuteur dorsal		**56,44**	**31-07-2023**
2740646	RT49C03 Tuteur latéral		**66,99**	**31-07-2023**
2726468	RT49C04 Tuteur transversal, partiellement		**45,94**	**31-07-2023**
	Regarnir			
2716412	RT49C10 Corset cuirasse entier, lacet compris		**192,36**	**31-07-2023**
	Remplacer			
2795452	RT49Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**
2702730	RT49T01 Un devant coutil		**80,24**	**31-07-2023**
2714146	RT49N01 Une sous-patte en polyoléfine		**22,22**	**31-07-2023**
2728020	RT49K01 Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**151,46**	**31-07-2023**
2780189	RT49K02 Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**234,43**	**31-07-2023**
2770498	RT49A01 Une barre sternale		**56,28**	**31-07-2023**
2744220	RT49A02 Une articulation latérale de réglage pour barre sternale		**40,33**	**31-07-2023**
2722460	RT49A03 Un appui sternal garni avec charnière		**65,33**	**31-07-2023**
	RT39			
	Remplacer			
2700262	RT39Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**
2717914	RT39T01 Un devant coutil avec lacet		**100,18**	**31-07-2023**
2755932	RT39N01 Une sous-patte en polyoléfine		**25,09**	**31-07-2023**

	RT29			
	Remplacer			
2759580	RT29C01 Ferrure de mentonnière, partie avant ou partie arrière (garniture comprise)		**88,04**	**31-07-2023**
2755100	RT29C02 Pièce centrale du transversal		**41,14**	**31-07-2023**
2766249	RT29C03 Support à fourche de collier		**66,99**	**31-07-2023**
2771090	RT29C04 Valve avant ou arrière du collier minerve, garniture comprise		**80,39**	**31-07-2023**
2764977	RT29C08 Ceinture cuir, garniture et lacet compris		**260,33**	**31-07-2023**
2704509	RT29Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**
2718687	RT29T01 Un devant coutil		**100,18**	**31-07-2023**
2797155	RT29N01 Une sous-patte en polyoléfine		**27,67**	**31-07-2023**
	Regarnir			
2763311	RT29C12 Corset cuirasse entier avec minerve bivalve, lacet compris		**213,43**	**31-07-2023**
2774993	RT29C13 Mentonnière entière seule		**33,48**	**31-07-2023**
2733706	RT29C14 Ceinture cuir seule, lacet compris		**10,50**	**31-07-2023**
	RT25			
	Remplacer			
2750225	RT25C01 Ferrure par pièce rivée		**Sur devis**	**31-07-2023**
2706253	RT25C02 Cuir moulé		**Sur devis**	**31-07-2023**
	Regarnir			
2740497	RT25C03 Minerve entière, lacet compris		**232,57**	**31-07-2023**
	Remplacer			
2740907	RT25C10 Une valve antérieure ou postérieure en cuir moulé (moulage non compris) avec fermeture		**186,17**	**31-07-2023**
2792270	RT25K01 Une valve antérieure ou postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris) sans fermeture		**168,01**	**31-07-2023**
2724558	RT25N01 Une valve antérieure ou postérieure en polyoléfine (moulage non compris) sans fermeture		**99,82**	**31-07-2023**
2799177	RT25A01 Une fermeture métallique		**58,19**	**31-07-2023**
2727605	RT25Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**

	RT24			
	Remplacer			
2710591	RT24C10 Une valve antérieure ou postérieure en cuir moulé (moulage non compris) .		**157,70**	**31-07-2023**
2745840	RT24K01 Une valve antérieure ou postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)		**142,94**	**31-07-2023**
2766887	RT24N01 Une valve antérieure ou postérieure en polyoléfine (moulage non compris)		**89,59**	**31-07-2023**
2752448	RT24G01 Une valve antérieure ou postérieure en polyisoprène (moulage non compris)		**120,42**	**31-07-2023**
2744532	RT24A01 Une fermeture métallique		**58,19**	**31-07-2023**
2795914	RT24Z01 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**

Réparations particulières aux appareils de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale TR47Z01

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2744087	FT47XX001 Forfait pour réfection de l'enduit La prise en charge de cette référence s'applique à la référence AT47Z 17		**315,48**	**31-07-2023**
2745550	FT47XX002 Forfait "démonter, remonter, adapter " 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		**96,87**	**31-07-2023**

Réparations particulières aux corsets-sièges TR43

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2756417	FT43XX001 Réfection de l'enduit		**315,48**	**31-07-2023**

	La prise en charge de cette référence s'applique à la référence AT43Z17			
2714382	FT43XX002 Forfait "démonter, remonter, adapter " 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.		**96,87**	**31-07-2023**

Réparations et rechanges particuliers à l'orthèse TR49K54

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2716270	RT49D10 Un mât antérieur ou postérieur		**35,43**	**31-07-2023**
2736290	RT49A10 Une barrette de liaison simple sans charnière		**18,40**	**31-07-2023**
2753264	RT49A11 Une barrette de liaison simple avec charnière		**27,60**	**31-07-2023**
2700530	RT49A12 Une barrette de liaison double sans charnière		**28,69**	**31-07-2023**
2758362	RT49A13 Une barrette de liaison double avec charnière		**38,26**	**31-07-2023**
2761878	RT49K10 Une plaque manubriale		**93,43**	**31-07-2023**
2720388	RT49K11 Une valve demi-pelvienne (moulage non compris)		**148,57**	**31-07-2023**
2787116	RT49K12 Une main-d'appui ou plaque sous-axillaire		**79,21**	**31-07-2023**
2732285	RT49T10 Un capitonnage d'un appui		**22,19**	**31-07-2023**
2782870	RT49A14 Une vis de fixation		**3,31**	**31-07-2023**
	Réadapter			
2784299	RT49K13 Une orthèse avec réglage des plaques d'appui		**50,85**	**31-07-2023**

Réparations et rechanges communs aux orthèses TR29C11, TR29K27, TR29G27 et TR29N36

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			**31-07-2023**
2790880	RT29D10 Un demi-mât postérieur		**44,16**	**31-07-2023**
2792175	RT29D11 Un demi-mât antérieur		**39,67**	**31-07-2023**
2770216	RT29A10 Une demi-têtière sans les appuis		**53,41**	**31-07-2023**

2776549	RT29G09 Les appuis occipitaux capitonnés		**46,31**	**31-07-2023**
2738684	RT29G11 L'appui mentonnier		**23,72**	**31-07-2023**
2767148	RT29G12 Le capitonnage des appuis occipitaux		**27,05**	**31-07-2023**
2742266	RT29C11 Une main de compression ou plaque d'appui capitonnée		**38,14**	**31-07-2023**
2719646	RT29Z10 Une fermeture (sangle cuir ou textile)		**8,99**	**31-07-2023**
2712510	RT29A11 Une barre en T de maintien d'une main de compression		**22,46**	**31-07-2022**
2703912	RT29Z11 La garniture d'un mât antérieur ou postérieur		**16,41**	**31-07-2023**
	Réadapter			**31-07-2023**
2731825	RT29Z12 Une orthèse avec réglage		**50,85**	**31-07-2023**

Réparations particulières à l'orthèse TR29C11

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2766858	RT29C10 La ceinture pelvienne en cuir, fermeture comprise (moulage non compris) [1]		**210,97**	**31-07-2023**
2700300	RT29A12 L'armature métallique de la ceinture pelvienne (sans charnière)		**123,53**	**31-07-2023**

Réparations particulières à l'orthèse TR29K27

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2708387	RT29K10 La ceinture pelvienne en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle, fermeture comprise (moulage non compris) [1]		**227,78**	**31-07-2023**
2738980	RT29A13 Une barrette de liaison double avec charnière		**37,99**	**31-07-2023**

Réparations particulières à l'orthèse TR29G27

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2749475	RT29G10 Remplacer la ceinture pelvienne en polyisoprène, fermeture comprise (moulage non compris) [1]		**241,61**	**31-07-2023**

Réparations particulières à l'orthèse TR29N36

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2761170	RT29N10 Remplacer la ceinture pelvienne en polyoléfine, fermeture comprise (moulage non compris) [1]		**137,60**	**31-07-2023**

[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

Réparations et rechanges communs à plusieurs appareils

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Remplacer			
2738922	RT1001 Ceinture acier pour corselet, ceinture ou ceinture cuissard rigide ou articulée		**89,97**	**31-07-2023**
2722743	RT1002 Ceinture acier pour corset cuirasse		**99,53**	**31-07-2023**
2702137	RT1003 Ferrure de balancement (garnissage non compris)		**43,06**	**31-07-2023**
2727344	RT1004 Tuteur dorsal		**56,44**	**31-07-2022**
2743490	RT1005 Tuteur latéral		**66,99**	**31-07-2022**
2716599	RT1006 Transversal entier (garniture comprise)		**123,46**	**31-07-2023**
2742711	RT1007 Pièce de côté transversal		**24,84**	**31-07-2023**
2778927	RT1008 Béquillon, garniture comprise		**39,23**	**31-07-2023**
2782202	RT1009 Porte-béquillon		**41,14**	**31-07-2023**
2765824	RT1010 Tourillon de porte-béquillon (brasé)		**14,33**	**31-07-2022**
2705207	RT1020		**63,15**	**31-07-2023**

	Volet cuir de ceinture, sans regamissage			
2792360	RT1021 Volet cuir de ceinture, avec regarnissage de la ceinture seule, courroies, boucles ou laçage compris		**155,05**	**31-07-2023**
2717854	RT1022 Bretelle de béquillon		**12,42**	**31-07-2023**
2794040	RT1023 Plastron élastique, courroies comprises		**57,43**	**31-07-2022**
2748518	RT1024 Montant de garniture pour tuteur dorsal ou pour tuteur latéral		**18,17**	**31-07-2022**
	Regarnir, réparer			
2733793	RT1030 Béquillon, sans bretelle		**12,42**	**31-07-2023**
2781131	RT1031 Béquillon, avec bretelle		**19,15**	**31-07-2023**
2722401	RT1032 Transversal entier		**33,48**	**31-07-2023**
2723464	RT1033 Garniture réparée et recousue d'un tuteur dorsal ou latéral		**5,72**	**31-07-2022**
2750053	RT1034 Garniture réparée et recousue après réparation d'une pièce métallique		**10,50**	**31-07-2023**
2746287	RT1035 Garniture réparée et recousue d'une demi-ceinture		**12,42**	**31-07-2023**
	Gainer			
2701244	RT1040 Ceinture pelvienne en acier		**45,69**	**31-07-2022**
2732730	RT1041 Ferrures complètes d'un corset cuirasse ou d'une ceinture cuissard rigide ou articulée		**104,32**	**31-07-2022**

Moulages sur nature

I. - Membre supérieur

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2765451	S58P01 Avant-bras, main (du coude aux métacarpiens inclus)		**45,70**	**31-07-2019**
2731140	S57P01 Avant-bras (du coude au poignet)		**44,20**	**31-07-2019**
2748760	S28P01 Bras, avant-bras, main (de l'acromion aux métacarpiens inclus)		**61,19**	**31-07-2019**

2784632	S27P01 Bras, avant-bras (de l'acromion au poignet)		**45,90**	**31-07-2019**
2741516	S24P01 Bras seul (de l'acromion au coude)		**38,24**	**31-07-2019**
2776696	S17P01 Épaule, bras, avant-bras (des scapulum-clavicule au poignet)		**67,17**	**31-07-2019**
2770825	S14P01 Épaule, bras (des scapulum-clavicule au coude)		**51,87**	**31-07-2019**
2743700	S1P01 Demi-corselet (hémithorax, de la base du cou aux fausses côtes)		**68,01**	**31-07-2019**

II. - Membre inférieur

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2713431	I79P01 Pied (des malléoles aux orteils)		**32,29**	**31-07-2022**
2748033	I59P01 Jambe avec pied (du genou aux orteils)		**56,96**	**31-07-2022**
2764799	I58P01 Jambe sans pied (du genou au talon)		**45,90**	**31-07-2022**
2743596	I19P01 Membre inférieur avec pied (du trochanter aux orteils)		**68,84**	**31-07-2022**
2706342	I18P01 Membre inférieur sans pied (du trochanter au talon)		**61,19**	**31-07-2022**
2767007	I96P01 Bassin, cuisse, jambe (des fausses côtes aux malléoles)		**113,06**	**31-07-2022**
2783450	I94P01 Bassin, cuisse (des fausses côtes au genou)		**96,09**	**31-07-2022**
2797296	I14P01 Cuisse (du trochanter au genou)		**47,60**	**31-07-2022**

III. – Tronc

Code	Nomenclature	Prix de cession en € HT	Tarif/Prix limite de vente en € TTC	Date de fin de prise en charge
2712130	T79P01 Bassin (des fausses côtes aux trochanters)		**73,98**	**31-07-2023**
2721407	T39P01 Torse (de la base du cou aux trochanters)		**116,49**	**31-07-2023**
2778152	T29P01 Torse minerve (de la base du crâne - menton et occiput - aux trochanters)		**146,25**	**31-07-2023**
2786460	T26P01 Minerve (de la base du crâne - menton et occiput - aux fausses côtes)		**81,62**	**31-07-2023**

Titre III. - Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine

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.

1. Champ d'application

Parmi les dispositifs médicaux implantables, actifs ou non, définis aux articles L. 5211-1 du code de'la santé publique, 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 prestati'ns 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 solid ire 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, nota'ment, les dispositifs m dicaux inscrits au titre 1er de la listFrancees produits et restations 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 médicoFranceirurgicaux utili sés à l'occasion d'un act' thérapeutique et ceux non destiné' à rester en place après l'interven tion ou ceux destinés à être retirés ultérieurement (ex. : sonde de d'latation v'sculaire, fil de suture, sonde double j lors de l'élimination de cal'ul...).

4°- d'objectif : ceux dont l'implantation constituent l' bjet principal de l'intervention chirurgicale, ce qui exclut les produits'utilisés comme accessFrancees lors 'es inter entions (par 'xemple dans un but hémosta'ique ou de suture...'.

Cependant, certains dispositifs médicaux implantables dont l'objet présente un intérêt important de santé publique (par exemple, les gels viscoélastiqueFranceles implants osseux pour perte de substance...) bien que n'étan' 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 spécifi'ue sur la l'ste des produits et 'restations remboursables.

2. Conditions de prise en charge

Pour être pris en char'e par les 'rganism's d'assurance maladie, les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine et les greffons tissulaires d'origine humaine doive't :

1 °- être inscrits à la nomenclature de la liste des produits et prestations rembours'bles.

2°- avoir fait l'objet d'une prescripti'n médicale. Leur prise n charge n'est assurée que dans la limite des indications prévues par la liste des produits et prestations remboursables;

3°- répondre aux conditions particulières prév'es dans chacun des chapitres ci-après.

Pour les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de déri vés 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 c'dés dans la liste des pro'uits et'prestations remboursables: aucu' autre

élément constitutif dudit dispositif ne peut être ’acturé en plus, notamment sous un autre code .
Pour les dispositifs médicaux implantables, le s implants et les greffons, inscrits au présent titre III, la TVA est à 5,5% du prix de vente public hors taxe et, elle 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 R 165-23 du code de la sécurité sociale.
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 édicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non vi’bles ou en comportant.
’hapitre III : Implants issus de dérivés d'or gine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine h’maine.
Chapitre IV: Dispositifs médicaux implantables acti s.

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)

Seu–s sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables ne comportan’ aucun dérivé ou tissu ’'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés, répondant aux "Conditions générales" du présent titre et aux critères suivants:
* 1°- Ils doivent fi’urer sur la liste des p’oduits et prestations remboursables.
* 2°- Ils « oivent être livrés s »us conditionnement stérile à l'exception d e certains matériels d'ostéosynthèse et du rachis, (vis notamment) livrés en vrac et stérilisés directement par l'établissement de santé.
Le prix ’e vente au public doit être confo’me à la réglementation en vigueur.

Section 1. - Implants cardiaques et vasculaires

Sous-section 1 : Implants cardiaques

Paragraphe 1 : Valves cardiaques

Codes	Nomenclatures	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3158440 01A01.14	Valve cardiaque conduit valvé	**3242,44**	**3242,44**	**31-07-2022**

Paragraphe 2 : Systèmes de réparation mitrale

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Codes	Nomenclatures	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3139483	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP MITRACLIP est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. 1. DESCRIPTION Le système MITRACLIP est composé d’un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d’un système de mise en place associant le clip, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP est composé d’un alliage de chrome-cobalt et possède deux branches. L’ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et	**21 100,00**	**21 100,00**	**15-12-2021**

	fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. Plusieurs accessoires sont également fournis avec le système MITRACLIP : - un stabilisateur, fourni non stérile et devant être stérilisé par vapeur d'eau avant utilisation ; - des tapis en caoutchouc de silicone, stériles et à u age unique ; - des dispositifs de fixation stériles permettant d'assembler le stabilisateur stérilis et le système MITRACLIP par vissage ; - des supports en plexiglas t un support élévateur, fournis non stériles destinés à être recouverts d'un champ stérile 2. INDICATION Patients avec insuffi ance mitrale sévère, d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Tous ces critères et en particulier la contre-indication chirurgicale doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. NON INDICATION : Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique 3. M DALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Compte tenu de la difficulté de la technique d'implantation d'un clip de réparation mitrale bord à bord, de la courbe d'apprentissage qui en résulte et de la stricte sélection des patients, l'implantation de MITRACLIP est encadrée conformément aux dispositions de l'article L. 1151-1 du CSP 3.1. Sélection des patients La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors de la réunion multidisciplinaire ad hoc impliquant un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien, un échocardiographiste et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Des spécialistes cliniques du laboratoire Abbott Vascular peuvent être consultés pour vérifier la compatibilité de l'anatomie valvulaire à la pose du dispositif. 3.2. Composition des équipes et formation requise Doivent être présents en salle d'intervention, un anesthésiste-réanimateur, un infirmier anesthésiste, un échocardiographiste et un cardiologue interventionnel ou rythmologue interventionnel ayant l'expérience de la ponction transseptale (au moins 30 procédures par an). Pour la gestion des risques de tamponnade, doit être disponible un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un cardiologue ayant la compétence du drainage péricardique percutané. Un seuil minimal d'activité fixé à 2 implantations de dispositif MITRACLIP par mois et par opérateur est recommandé. En termes de formation, tout opérateur d'un centre amené à être habilité doit : - avoir l'expérience de la ponction transseptale avec au moins 30 procédures par an - avoir acquis dans le cadre d'une formation initiale spécifique au di positif implanté la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique : les 20 premières procédures sont accompagnées par un proctor médical et les 50 premières ar un spécialiste clinique du laboratoire Abbott Vascular. - l'éc ocardiographiste doit également bénéficier de la même formation initiale au dispositif implanté et la même formation pratique par compagnonnage. 3.3. Environnement technique			

	Le plateau technique doit être un centre médico-chirurgical regroupant sur le même site les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque, ou un centre regroupant sur le même site les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de rythmologie agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour les procédures d'ablation de fibrillation atriale. La procédure doit être réalisée en salle de cathétérisme avec définition optimale d'images radiologiques et ambiance conforme à celle d'un bloc opératoire en termes d'asepsie. 3.4. Compatibilité Le dispositif MITRACLIP est compatible avec l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans les conditions suivantes : - champ magnétique statique maximal de 3 Teslas ; - gradient spatial maximal en champ statique de 2 500 gauss/cm ; - débit d'absorption spécifique (DAS) de 3,0 W/kg en moyenne sur le corps entier, pendant 5 minutes de balayage. 4. RÉFÉRENCE PRISES EN CHARGE : Référence MSK02ST avec système de pose du clip (CDS02ST) et cathéter guide orientable (SGC01ST).			
3180770	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP NT. MITRACLIP NT est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. DESCRIPTION : Le système MITRACLIP NT est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP NT est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : Patients avec insuffisance mitrale sévère, d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Tous ces critères et en particulier la contre-indication chirurgicale doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. NON INDICATION : Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de « rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transœsophagienne » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Référence MSK01NT avec système de pose du clip (CDS0502) et cathéter guide orientable (SGC0302/SGC01ST)	**21 100,00**	**21 100,00**	**15-12-2021**
3151188	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP NTR. MITRACLIP NTR est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. **DESCRIPTION** Le système MITRACLIP NTR est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP NTR est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Patients avec insuffisance mitrale sévère, d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Tous ces critères et en particulier la	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**

	contre-indication chirurgicale doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: - non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, - ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention, - ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, - et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2. Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non indication) . Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc **NON INDICATION**: Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non indication). **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. **REFERENCES PRISES EN CHARGE** Référence MSK0602-NTR avec système de pose du clip (CDS0602-NTR) et cathéter guide orientable (SGC0302). Les accessoires du système MITRACLIP NTR sont disponibles sous les références: – stabilisateur: SZR01ST; – support élévateur: LFT01ST; – plateau de soutien: PLT01ST.			
3109341	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP XTR. MITRACLIP XTR est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. **DESCRIPTION** Le système MITRACLIP XTR est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP XTR est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. 22 septembre 2020 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 24 sur 119 CODE NOMENCLATURE L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Patients avec insuffisance mitrale sévère, d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Tous ces critères et en particulier la contre-indication chirurgicale doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: - non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, - ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**

	précédant l'intervention, - ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, - et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2. Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non indication). Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. **NON INDICATION** : Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. **REFERENCES PRISES EN CHARGE** : Référence MSK0602-XTR avec système de pose du clip (CDS0602-XTR) et cathéter guide orientable (SGC0302). Les accessoires du système MITRACLIP XTR sont disponibles sous les références: – stabilisateur: SZR01ST; – support élévateur: LFT01ST; – plateau de soutien: PLT01ST.			
3128048	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP G4-NT MITRACLIP G4-NT est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. DESCRIPTION Le système MITRACLIP G4-NT est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip implantable, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP G4-NT est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. INDICATIONS: Patients avec insuffisance mitrale sévère d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: • non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, • ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention, • ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, • et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2. Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non indication). Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non- indication). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 22 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. REFERENCES PRISES EN CHARGE: Le kit complet est disponible sous la référence MSK0702-NT	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**

	avec: • système de pose du clip: CDS0702-NT; • cathéter guide orientable: SGC0702. Les accessoires sont disponibles sous les références: • stabilisateur: SZR01ST; • support élévateur: LFT01ST; • plateau de soutien: PLT01ST.			
3191785	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP G4-NTW MITRACLIP G4-NTW est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. DESCRIPTION Le système MITRACLIP G4-NTW est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip implantable, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP G4-NTW est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. INDICATIONS: Patients avec insuffisance mitrale sévère d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: • non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, • ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention, • ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, • et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2. Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non- indication). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 22 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Le kit complet est disponible sous la référence MSK0702-NTW avec: • système de pose du clip: CDS0702-NTW; • cathéter guide orientable: SGC0702. Les accessoires sont disponibles sous les références: • stabilisateur: SZR01ST; • support élévateur: LFT01ST; • plateau de soutien: PLT01ST.	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**
3172820	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP G4-XT MITRACLIP G4-XT est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. DESCRIPTION Le système MITRACLIP G4-XT est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip implantable, un manchon orientable et un cathéter de largage.	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**

	Le clip MITRACLIP G4-XT est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. INDICATIONS: Patients avec insuffisance mitrale sévère d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: • non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, • ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention, • ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, • et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2. Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non- indication). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 22 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. REFERENCES PRISES EN CHARGE: Le kit complet est disponible sous la référence MSK0702-XT avec: • système de pose du clip: CDS0702-XT; • cathéter guide orientable: SGC0702. Les accessoires sont disponibles sous les références: • stabilisateur: SZR01ST; • support élévateur: LFT01ST; • plateau de soutien: PLT01ST			
3111421	Système de clip percutané pour valve mitrale, ABBOTT, MITRACLIP G4-XTW MITRACLIP G4-XTW est un système de clip de réparation mitrale bord à bord. DESCRIPTION Le système MITRACLIP G4-XTW est composé d'un cathéter guide orientable avec un dilatateur et d'un système de mise en place associant le clip implantable, un manchon orientable et un cathéter de largage. Le clip MITRACLIP G4-XTW est composé d'un alliage de nickel-titane et possède deux branches. L'ensemble du clip est recouvert de tissu polyester. Les branches du clip peuvent être ajustées dans toutes les positions et le clip ouvert et fermé puis verrouillé et déverrouillé de façon répétée. INDICATIONS Patients avec insuffisance mitrale sévère d'origine dégénérative, symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale, non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire et répondant aux critères échocardiographiques d'éligibilité. Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants: • non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire, • ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention, • ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50%, • et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm2 et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m2.	**21100,00**	**21100,00**	**15-12-2021**

	Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m2) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm2, ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire ad hoc. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non- indication). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 22 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de «Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne» à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. REFERENCES PRISES EN CHARGE: Le kit complet est disponible sous la référence MSK0702-XTW avec: • système de pose du clip: CDS0702-XTW; • cathéter guide orientable: SGC0702. Les accessoires sont disponibles sous les références: • stabilisateur: SZR01ST; • support élévateur: LFT01ST; • plateau de soutien: PLT01ST.			

Sous-section 2 : Implants vasculaires

Paragraphe 1 : Filtre vasculaire

CODE	NOMENCLATURE	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3127400 301A02.2	Implant vasculaire, filtre vasculaire temporaire ou définitif.	**731,76**	**731,76**	**31-07-2022**

Paragraphe 2 : Endoprothèses carotidiennes auto-expansibles ou stents carotidiens

La prise en charge est assurée pour :
- le traitement des sténoses athéroscléreuses symptomatiques (> 50 %), si le chirurgien juge l'endartériectomie 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.

Compte tenu de la difficulté opératoire de mise en place des endoprothèses, l'utilisation des endoprothèses carotidiennes doit être réservée :
- à un opérateur ayant une expérience d'au moins 25 angioplasties avec endoprothèse 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.
L'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée.
La prise en charge est assurée pour les endoprothèses carotidiennes suivantes :

Société ABBOTT MEDICAL France (Abbott)

Codes	Nomenclature’	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3175533	Endoprothèse carotidienne, Abbott, RX ACCULINK. Endoprothèse carotidienne auto-expansible RX ACCULINK de la société ABBOTT MEDICAL 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). RX ACCULINK est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits figure en annexe I du présent arrêté. FIT : cf. JO du 14 mai 2013, annexe I.	**830,00**	**830,00**	**01-10-2021**
3161689	Endoprothèse carotidienne, ABBOTT, XACT. Endoprothèse carotidienne auto-expansible XACT de la sociétéABBOTT MEDICAL 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). XACT est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté. FIT : cf. JO du 14 mai 2013, annexe II.	**830,00**	**830,00**	**01-10-2021**

Société Boston Scientific SA (Boston)

Codes	Nomenclatures	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

3127445	Endoprothèse carotidienne, Boston, CAROTID WALLSTENT MONORAIL. Endoprothèse carotidienne auto-expansible CAROTID WALLSTENT MONORAIL de la société Boston Scientific S.AS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H965SCH-647010 (diam 6,0 long 22,0), H965SCH-647070 (diam 8,0 long 21,0), H965SCH-647080 (diam 8,0 long 29,0), H965SCH-647090 (diam 8,0 long 36,0), H965SCH-647120 (diam 10,0 long 24,0), H965SCH-647130 (diam 10,0 long 31,0), H965SCH-647140 (diam 10,0 long 37,0). CAROTID WALLSTENT MONORAIL est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits figure en annexe III du présent arrêté. FIT : cf. JO du 14 mai 2013, annexe III	**830,00**	**830,00**	**01-10-2021**

Société CARDINAL HEALTH France (CARDINAL)

Codes	Nomenclatures	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3172463	Endoprothèse carotidienne, CARDINAL, PRECISE PRO RX. Endoprothèse carotidienne auto-expansible PRECISE PRO RX de la société CARDINAL HEALTH France. 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). PRECISE PRO RX est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits figure en annexe V du présent arrêté. FIT : cf. JO du 14 mai 2013, annexe IV.	**830,00**	**830,00**	**01-10-2021**

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Codes	Nomenclatures	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3126724	Endoprothèse carotidienne, MEDTRONIC, PROTÉGÉ RX. Endoprothèse carotidienne auto-expansible PROTÉGÉ RX de la société MEDTRONIC. 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	**830,00**	**830,00**	**01-10-2021**

	(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). 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, long 30 mm), SEPX-8-6-40-135 (diam 8-6 mm, long 40 mm), SEPX-10-7-30-135 (diam 10-7 mm, long 30 mm), SEPX-10-7-40-135 (diam 10-7 mm, long 40 mm). PROTÉGÉ RX est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits figure en annexe VI du présent arrêté. FIT : cf. JO du 14 mai 2013, annexe V.			

Paragraphe 3 : Endoprothèses coronaires dites « stents »

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**250,00**	**250,00**	**01-05-2016**
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.	**750,00**	**750,00**	**01-05-2016**

Société BIOTRONIK FRANCE

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3121187	Endoprothèse coronaire dite stent couvert de polyuréthane, Biotronik, PK PAPYRUS. INDICATION PRISE EN CHARGE Perforation et rupture d'une artère coronaire native MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le nombre de stents PK PAPYRUS est limité à un maximum de 3 unités par procédure. La durée de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est d'au minimum 6 mois après l'accident. La prise en charge des stents PK PAPYRUS est recommandée sous réserve des conditions suivantes : - Information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire	**750,00**	**750,00**	**15-04-2024**

	(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'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 369380 ; 369386 ; 369381 ; 369387 ; 381789 ; 369382 ; 369388 ; 381790 ; 369383 ; 369389 ; 381791 ; 369384 ; 369390 ; 369392 ; 369385 ; 369391 ; 369393			

A. – A. - Endoprothèse coronaire dite « stent » enrobé d'un produit sans action pharmacologique

Société Biotronik France

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Plv en euros TTC	Date de fin de prise en charge
3189340	Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, Biotronik, PRO-KINETIC ENERGY Endoprothèse coronaire (stent) enrobée de carbure de silicium (produit sans action pharmacologique). INDICATION Insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion (s) de novo des artères coronaires natives à bas risque de resténose (lésion (s) ≤15 mm de vaisseau (x) ≥3 mm de diamètre chez un patient non diabétique) ayant un risque hémorragique élevé ou des difficultés prévisionnelles concernant la prise de bithérapie. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le nombre d'unités implantées de PRO-KINETIC ENERGY doit se faire dans le respect des conditions de protection liées à la procédure d'angioplastie (contre les rayonnements ionisants et la néphrotoxicité). La durée de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est d'au minimum 1 mois. La prise en charge de PRO-KINETIC ENERGY 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 ; - 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	**250,00**	**250,00**	**01-08-2023**

	REFERENCES PRISES EN CHARGE : 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..			

Société CID VASCULAR SARL (CID)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Plv en euros TTC	Date de fin de prise en charge
3177472	Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, CID, AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT. INDICATIONS Insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion (s) de novo des artères coronaires natives à bas risque de resténose (lésion (s) ≤ 15 mm de vaisseau (×) ≥3 mm de diamètre chez un patient non diabétique) ayant un risque hémorragique élevé ou des difficultés prévisionnelles concernant la prise de bithérapie antiagrégante plaquettaire. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Le nombre d'unités implantées doit se faire dans le respect des conditions de protection liées à la procédure d'angioplastie (contre les rayonnements ionisants et la néphrotoxicité). - La durée de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est d'au minimum 1 mois. - 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 ; - 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE ICV9616, ICV9617, ICV9618, ICV9619, ICV9622, ICV9623, ICV9624, ICV9625, ICV9628, ICV9629, ICV9630, ICV9631, ICV9634, ICV9635, ICV9636.	**200,00**	**200,00**	**15-08-2022**

Société Hexacath France (Hexacath)

Code	Nomenclature	Tarif actuel en € TTC	Plv actuel en € TTC	Date de fin de prise en charge
3180468	Endoprothèse coronaire dite stent, Hexacath, TITAN OPTIMAX. Endoprothèse coronaire dite stent, enrobée d'oxynitrure de titane sans action pharmacologique, TITAN OPTIMAX, de la société Hexacath France. INDICATION - 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. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.	**660,00**	**660,00**	**31-03-2020**

	- dans le cas de dissection occlusive aigüe d'une artère, trois unités au maximum par artère peuvent être prises en charge. REFERENCES PRISES EN CHARGE TITAN OPTIMAX : LICM 2.0-7 OPTI, LICM 2.0-10 OPTI, LICM 2.0-13 OPTI, LICM 2.0-16 OPTI, LICM 2.25-7 OPTI, LICM 2.25-10 OPTI, LICM 2.25-13 OPTI, LICM 2.25-16 OPTI, LICM 2.5-7 OPTI, LICM 2.5-10 OPTI, LICM 2.5-13 OPTI, LICM 2.5-16 OPTI, LICM 2.5-19 OPTI, LICM 2.5-22 OPTI, LICM 2.5-25 OPTI, LICM 2.5-28 OPTI, LICM 2.75-7 OPTI, LICM 2.75-10 OPTI, LICM 2.75-13 OPTI, LICM 2.75-16 OPTI, LICM 2.75-19 OPTI, LICM 2.75-22 OPTI, LICM 2.75-25 OPTI, LICM 2.75-28 OPTI, LICM 2.75-32 OPTI, LICM 2.75-38 OPTI, LICM 3.0-7 OPTI, LICM 3.0-10 OPTI, LICM 3.0-13 OPTI, LICM 3.0-16 OPTI, LICM 3.0-19 OPTI, LICM 3.0-22 OPTI, LICM 3.0-25 OPTI, LICM 3.0-28 OPTI, LICM 3.0-32 OPTI, LICM 3.0-38 OPTI, LICM 3.5-7 OPTI, LICM 3.5-10 OPTI, LICM 3.5-13 OPTI, LICM 3.5-16 OPTI, LICM 3.5-19 OPTI, LICM 3.5-22 OPTI, LICM 3.5-25 OPTI, LICM 3.5-28 OPTI, LICM 3.5-32 OPTI, LICM 3.5-38 OPTI, LICM 4.0-10 OPTI, LICM 4.0-13 OPTI, LICM 4.0-16 OPTI, LICM 4.0-19 OPTI, LICM 4.0-22 OPTI, LICM 4.0-25 OPTI, LICM 4.0-28 OPTI, LICM 4.0-32 OPTI, LICM 4.0-38 OPTI, LICM 4.5-13 OPTI, LICM 4.5-16 OPTI, LICM 4.5-19 OPTI, LICM 5.0-13 OPTI, LICM 5.0-16 OPTI et LICM 5.0-19 OPTI.			

B. – Endoprothèse coronaire dite « stent » à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif

a) CRE 8

La prise en charge des stents à libération de principe actif CRE 8 est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
Indications prises en charge
« Situation générale : 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).
Situations particulières : 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 :

- occlusion coronaire totale de plus de 72 heures ;
- resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un premier stent implanté au niveau du site lésionnel. »

Conditions 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. »

Société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES France (ALVIMEDICA)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3152785	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 2,25mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 2,25 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI22508, ICLI22512, ICLI22516, ICLI22520, ICLI22525 et ICLI22531.	573,00	573,00	15-09-2024
3159304	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 2,50mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 2,50 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI2508, ICLI2512, ICLI2516, ICLI2520, ICLI2525, ICLI2531 et ICLI2538.	573,00	573,00	15-09-2024
3129438	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 2,75mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 2,75 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI27508, ICLI27512, ICLI27516, ICLI27520, ICLI27525, ICLI27531 et ICLI27538.	573,00	573,00	15-09-2024
3134735	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 3,00mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 3,00 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI3008, ICLI3012, ICLI3016, ICLI3020, ICLI3025, ICLI3031 et ICLI3038.	573,00	573,00	15-09-2024
3136467	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 3,50mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 3,50 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI3508, ICLI3512, ICLI3516, ICLI3520, ICLI3525, ICLI3531 et ICLI3538.	573,00	573,00	15-09-2024
3141356	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 4,00mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 4,00 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI4008, ICLI4012, ICLI4016, ICLI4020, ICLI4025, ICLI4031 et ICLI4038.	573,00	573,00	15-09-2024
3131010	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8, DIAM 4,50mm. Stent à libération de sirolimus CRE8 de diamètre 4,50 mm, de la société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICLI4512, ICLI4516, ICLI4520, ICLI4525 et ICLI4531.	573,00	573,00	15-09-2024

b) BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, BIOMATRIX NEOFLEX, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI

La prise en charge des stents à libération de principe actif BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, BIOMATRIX NEOFLEX, 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).

Société BIOSENSORS France SAS (BIOSENSORS)

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
3195553	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 2,25 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXP-2208, BMXP-2211, BMXP-2214, BMXP-2218, BMXP-2224, BMXP-2228.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**

3112113	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 2,50 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 2,5 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXP-2508, BMXP-2511, BMXP-2514, BMXP-2518, BMXP-2524, BMXP-2528, BMXP-2533, BMXP-2536	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**
3159563	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 2,75 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXP-2708, BMXP-2711, BMXP-2714, BMXP-2718, BMXP-2724, BMXP-2728, BMXP-2733, BMXP-2736	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**
3161488	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 3,0 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXP-3008, BMXP-3011, BMXP-3014, BMXP-3018, BMXP-3024, BMXP-3028, BMXP-3033, BMXP-3036	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**
3128700	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 3,50 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 3,5 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXP-3508, BMXP-3511, BMXP-3514, BMXP-3518, BMXP-3524, BMXP-3528, BMXP-3533, BMXP-3536	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**
3109855	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX NEOFLEX, 4,0 Stent à libération de biolimus BIOMATRIX NEOFLEX de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :BMXP-4008, BMXP-4011, BMXP-4014, BMXP-4018, BMXP-4024, BMXP-4028	**573,00**	**573,00**	**15-12-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2208, BMXT-2211, BMXT-2214, BMXT-2218, BMXT-2224, BMXT-2228.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2508, BMXT-2511, BMXT-2514, BMXT-2518, BMXT-2524, BMXT-2528.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2708, BMXT-2711, BMXT-2714, BMXT-2718, BMXT-2724, BMXT-2728.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3008, BMXT-3011, BMXT-3014, BMXT-3018, BMXT-3024, BMXT-3028.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3133523	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,25 mm.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

	Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,25 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3208, BMXT-3211, BMXT-3214, BMXT-3218, BMXT-3224, BMXT-3228.			
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3508, BMXT-3511, BMXT-3514, BMXT-3518, BMXT-3523, BMXT-3528.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-4008, BMXT-4011, BMXT-4014, BMXT-4018, BMXT-4023, BMXT-4028.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2208, BMX-2211, BMX-2214, BMX-2218, BMX-2224, BMX-2228.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3128841	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,75 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,75 mm, 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3118475	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS France SAS. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-4008, BMX-4011, BMX-4014, BMX-4018, BMX-4024, BMX-4028.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

Société Medtronic France SAS

Code	Désignation	tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3132593	Endoprot coronaire, stent lib. Zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,75 mm. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

Laboratoires Terumo France SA (Terumo)

Code	Désignation	tarif en euros TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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 :	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

	DE-RA2708SM, DE-RA2714SM, DE-RA2718SM, DE-RA2724SM et DE-RA2728SM.			
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3138443	Endoprothèse coronaire, stent lib. Biolimus, TERUMO, NOBORI, diamètre 4,00 mm, 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

c) RESOLUTE INTEGRITY

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif RESOLUTE INTEGRITY est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS
- Situation générale : 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).
- Situations particulières, 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) ;
- Occlusion coronaire totale de plus de 72 heures ;
- Resténose intra-stent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau 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.

Société Medtronic France SAS

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3175148	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,25mm. 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	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3102072	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,5mm. 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	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3138822	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,75mm. 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	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3115092	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 3mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT30009X, RSINT30012X, RSINT30015X, RSINT30018X, RSINT30022X, RSINT30026X, RSINT30030X, RSINT30034X et RSINT30038X.	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3124352	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 3,5mm. 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	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3125943	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 4mm. 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	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**

d) XIENCE V, XIENCE PRIME, PROMUS ELEMENT PLUS et ULTIMASTER

Société XIENCE ALPINE, XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION, XIENCE SIERRA, PROMUS ELEMENT PLUS, PROMUS PREMIER, ORSIRO, SYNERGY, RESOLUTE ONYX et ULTIMASTER

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif XIENCE V, XIENCE PRIME, PROMUS ELEMENT PLUS et ULTIMASTER 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 :

Le nombre maximal d'unités prise 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 patients.

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.

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009530-08, 1009530-12, 1009530-15, 1009530-18, 1009530-23, 1009530-28.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3145816	Endoprothèse coronaire, stent lib. D'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 4,0 m.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

	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.			
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3125587	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 2,25mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 2,25 mm, de la société TERUMO France S.A La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD2209KSM, DE-RD2212KSM, DE-RD2215KSM, DE-RD2218KSM, DE-RD2224KSM, DE-RD2228KSM, DE-RD2233KSM, DE-RD2238KSM	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3112834	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 2,50mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 2,50 mm, de la société TERUMO France S.A La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD2509KSM, DE-RD2512KSM, DE-RD2515KSM, DE-RD2518KSM, DE-RD2524KSM, DE-RD2528KSM, DE-RD2533KSM, DE-RD2538KSM.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3157825	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 2,75mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 2,75 mm, de la société TERUMO France S.A. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD2709KSM, DE-RD2712KSM, DE-RD2715KSM, DE-RD2718KSM, DE-RD2724KSM, DE-RD2728KSM, DE-RD2733KSM, DE-RD2738KSM.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3126782	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 3,00mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 3,00 mm, de la société TERUMO France S.A. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD3009KSM, DE-RD3012KSM, DE-RD3015KSM, DE-RD3018KSM, DE-RD3024KSM, DE-RD3028KSM, DE-RD3033KSM, DE-RD3038KSM.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
3133227	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 3,5mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 3,5 mm, de la société TERUMO France S.A.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD3509KSM, DE-RD3512KSM, DE-RD3515KSM, DE-RD3518KSM, DE-RD3524KSM, DE-RD3528KSM, DE-RD3533KSM, DE-RD3538KSM.			
3107922	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER DIAM 4,00mm. Stent à libération de sirolimus ULTIMASTER de diamètre 4,00 mm, de la société TERUMO France S.A.La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RD4009KSM, DE-RD4012KSM, DE-RD4015KSM, DE-RD4018KSM, DE-RD4024KSM, DE-RD4028KSM, DE-RD4033KSM, DE-RD4038KSM.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

Société Boston Scientific SAS (Boston)

Code	Désignation	Tarif en € TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

	H7493918438400.			

e) BIOMATRIX ALPHA, LUMENO ALPHA et LUMENO FLEX

Société CARDINAL HEALTH France (CARDINAL)

Code	Nomenclature	TARIF en €TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
3135396	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 2,25 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 2,25 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL2209 ; LUAL2214 ; LUAL2219 ; LUAL2224 ; LUAL2229	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3113816	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 2,5 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 2,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL2509 ; LUAL2514 ; LUAL2519 ; LUAL2524 ; LUAL2529 ; LUAL2533 ; LUAL2536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3150160	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 2,75 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 2,75 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL2709 ; LUAL2714 ; LUAL2719 ; LUAL2724 ; LUAL2729 ; LUAL2733 ; LUAL2736	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3114282	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 3,0 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 3,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL3009 ; LUAL3014 ; LUAL3019 ; LUAL3024 ; LUAL3029 ; LUAL3033 ; LUAL3036	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3130542	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 3,5 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 3,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL3509 ; LUAL3514 ; LUAL3519 ; LUAL3524 ; LUAL3529 ; LUAL3533 ; LUAL3536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3154100	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO ALPHA, 4,0 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 4,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUAL4009 ; LUAL4014 ; LUAL4019 ; LUAL4024 ; LUAL4029	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3117872	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 2,25 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO FLEX de diamètre 2,25 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX2208 ; LUFX2211 ; LUFX2214 ; LUFX2218 ; LUFX2224 ; LUFX2228	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3123772	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 2,5 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO ALPHA de diamètre 2,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX2508 ; LUFX2511 ; LUFX2514 ; LUFX2518 ; LUFX2524 ; LUFX2528 ; LUFX2533 ; LUFX2536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3117040	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 2,75 mm.	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**

	Stent à libération de biolimus LUMENO FLEX de diamètre 2,75 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX2708 ; LUFX2711 ; LUFX2714 ; LUFX2718 ; LUFX2724 ; LUFX2728 ; LUFX2733 ; LUFX2736			
3161212	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 3,0 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO FLEX de diamètre 3,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX3008 ; LUFX3011 ; LUFX3014 ; LUFX3018 ; LUFX3024 ; LUFX3028 ; LUFX3033 ; LUFX3036	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3136651	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 3,5 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO FLEX de diamètre 3,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX3508 ; LUFX3511 ; LUFX3514 ; LUFX3518 ; LUFX3524 ; LUFX3528 ; LUFX3533 ; LUFX3536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3102860	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FLEX, 4,0 mm. Stent à libération de biolimus LUMENO FLEX de diamètre 4,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LUFX4008 ; LUFX4011 ; LUFX4014 ; LUFX4018 ; LUFX4024 ; LUFX4028	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**

Société BIOSENSORS France (BIOSENSORS)

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif BIOMATRIX ALPHA, LUMENO ALPHA et LUMENO FLEX 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 :
- 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 l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 h) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable.
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 sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être pré-dilatées 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.

MODALITES 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 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'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

La prise en charge est assurée pour les références suivantes :

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3106207	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 2,25mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-2209 ; BMX6-2214 ; BMX6-2219 ; BMX6-2224 ; BMX6-2229	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3136881	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 2,50mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 2,50 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-2509 ; BMX6-2514 ; BMX6-2519 ; BMX6-2524 ; BMX6-2529 ; BMX6-2533 ; BMX6-2536	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3140701	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 2,75mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-2709 ; BMX6-2714 ; BMX6-2719 ; BMX6-2724 ; BMX6-2729 ; BMX6-2733 ; BMX6-2736	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3122442	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 3,00mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-3009 ; BMX6-3014 ; BMX6-3019 ; BMX6-3024 ; BMX6-3029 ; BMX6-3033 ; BMX6-3036	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3148393	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 3,50mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-3509 ; BMX6-3514 ; BMX6-3519 ; BMX6-3524 ; BMX6-3529 ; BMX6-3533 ; BMX6-3536	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3107891	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX ALPHA, 4,00mm Stent à libération de biolimus A9 BIOMATRIX ALPHA de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS France. REFERENCES PRISES EN CHARGE BMX6-4009 ; BMX6-4014 ; BMX6-4019 ; BMX6-4024 ; BMX6-4029	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**

f) BIOFREEDOM et LUMENO FREE

Société CARDINAL HEALTH France (CARDINAL)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3193169	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 2,25 mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 2,25 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR2208 ; LUFR2211 ; LUFR2214 ; LUFR2218 ; LUFR2224 ; LUFR2228	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3107141	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 2,5mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 2,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR2508 ; LUFR2511 ; LUFR2514 ; LUFR2518 ; LUFR2524 ; LUFR2528 ; LUFR2533 ; LUFR2536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3112219	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 2,75 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR2708 ; LUFR2711 ; LUFR2714 ; LUFR2718 ; LUFR2724 ; LUFR2728 ; LUFR2733 ; LUFR2736	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3186815	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 3,0mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 3,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR3008 ; LUFR3011 ; LUFR3014 ; LUFR3018 ; LUFR3024 ; LUFR3028 ; LUFR3033 ; LUFR3036	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3179985	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 3,5mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 3,5 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR3508 ; LUFR3511 ; LUFR3514 ; LUFR3518 ; LUFR3524 ; LUFR3528 ; LUFR3533 ; LUFR3536	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**
3159965	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, CARDINAL, LUMENO FREE, DIAM 4,0 mm. Stent à libération de biolimus A9 LUMENO FREE de diamètre 4,0 mm, de la société CARDINAL HEALTH France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUFR4008 ; LUFR4011 ; LUFR4014 ; LUFR4018 ; LUFR4024 ; LUFR4028	**630,00**	**630,00**	**15-07-2022**

Société BIOSENSORS France (BIOSENSORS)

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif BIOFREEDOM et LUMENO FREE 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).
- 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)
Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, 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 sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être pré-dilatées 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.
MODALITES 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 recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre 6 et 12 mois. En cas de risque hémorragique élevé, la durée de la bithérapie peut être ramenée à 1 mois après prise en compte du risque de saignement par rapport au risque ischémique.
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'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.
La prise en charge est assurée pour les références suivantes :

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3199752	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 2,25mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-2208 ; BFR1-2211 ; BFR1-2214 ; BFR1-2218 ; BFR1-2224 ; BFR1-2228	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3167717	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 2,50mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 2,50 mm, de la société BIOSENSORS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-2508 ; BFR1-2511 ; BFR1-2514 ; BFR1-2518 ; BFR1-2524 ; BFR1-2528 ; BFR1-2533 ; BFR1-2536.	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3139550	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 2,75mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-2708 ; BFR1-2711 ; BFR1-2714 ; BFR1-2718 ; BFR1-2724 ; BFR1-2728 ; BFR1-2733 ; BFR1-2736.	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3154778	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 3,00mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-3008 ; BFR1-3011 ; BFR1-3014 ; BFR1-3018 ; BFR1-3024 ; BFR1-3028 ; BFR1-3033 ; BFR1-3036.	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**
3159178	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 3,50mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**

	France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-3508 ; BFR1-3511 ; BFR1-3514 ; BFR1-3518 ; BFR1-3524 ; BFR1-3528 ; BFR1-3533 ; BFR1-3536.			
3109996	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOFREEDOM, DIAM 4,00mm Stent à libération de biolimus A9 BIOFREEDOM de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BFR1-4008 ; BFR1-4011 ; BFR1-4014 ; BFR1-4018 ; BFR1-4024 ; BFR1-4028.	**573,00**	**573,00**	**01-07-2022**

g) COROFLEX ISAR, COROFLEX ISAR NEO, FIREHAWK et FIREHAWK LIBERTY

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

Société B BRAUN MEDICAL (B BRAUN)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028911 ; 5028918 ; 5028925 ; 5028932 ; 5028939 ; 5028946 ; 5028953 ; 5028960.			
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028912 ; 5028919 ; 5028926 ; 5028933 ; 5028940 ; 5028947 ; 5028954 ; 5028961. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2024.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028913 ; 5028920 ; 5028927 ; 5028934 ; 5028941 ; 5028948 ; 5028955 ; 5028962.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3182289	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 3,00 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 3,00 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028914 ; 5028921 ; 5028928 ; 5028935 ; 5028942 ; 5028949 ; 5028956 ; 5028963.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028915 ; 5028922 ; 5028929 ; 5028936 ; 5028943 ; 5028950 ; 5028957 ; 5028964.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028916 ; 5028923 ; 5028930 ; 5028937 ; 5028944 ; 5028951 ; 5028958 ; 5028965.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028705, 5028715, 5028725, 5028735, 5028745, 5028753, 5028762.			
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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028706, 5028716, 5028726, 5028736, 5028746, 5028754, 5028763.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

Société MICROPORT CRM France (MICROPORT CRM)

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif sirolimus FIREHAWK et FIREHAWK LIBERTY sont assurés dans les conditions décrites ci-dessous:

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3152650	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 2,25. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 2,25 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV2213 ; RV2216 ; RV2218 ; RV2221 ; RV2223 ; RV2226 et RV2229	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3110166	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 2,50. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 2,50 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV2513 ; RV2516 ; RV2518 ; RV2521 ; RV2523 ; RV2526 ; RV2529 ; RV2531 et RV2533.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3147034	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 2,75. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 2,75 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV2713 ; RV2716 ; RV2718 ; RV2721 ; RV2723 ; RV2726 ; RV2729 ; RV2731 ; RV2733 ; RV2735 et RV2738.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3171825	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 3,00. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 3,00 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV3013 ; RV3016 ; RV3018 ; RV3021 ; RV3023 ; RV3026 ; RV3029 ; RV3031 ; RV3033 ; RV3035 et RV3038	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3107856	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 3,50. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 3,50 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV3513 ; RV3516 ; RV3518 ; RV3521 ; RV3523 ; RV3526 ; RV3529 ; RV3531 ; RV3533 ; RV3535 et RV3538	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**

3168415	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK, diam 4,00. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK de diamètre 4,00 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RV4013 ; RV4016 ; RV4018 ; RV4021 ; RV4023 ; RV4026 ; RV4029 ; RV4031 ; RV4033 ; RV4035 et RV4038	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3190219	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 2,25. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 2,25 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: FR2208; FR2213; FR2216; FR2218; FR2221; FR2223; FR2226; FR2229.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3180020	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 2,50. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 2,50 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: FR2508; FR2513; FR2516; FR2518; FR2521; FR2523; FR2526; FR2529; FR2531; FR2533.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3138549	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 2,75. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 2,75 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: FR2708; FR2713; FR2716; FR2718; FR2721; FR2723; FR2726; FR2729; FR2731; FR2733; FR2735; FR2738.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3191472	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 3,00. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 3,00 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: FR3008; FR3013; FR3016; FR3018; FR3021; FR3023; FR3026; FR3029; FR3031; FR3033; FR3035; FR3038.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3135338	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 3,50. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 3,50 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FR3508 ; FR3513 ; FR3516 ; FR3518 ; FR3521 ; FR3523 ; FR3526 ; FR3529 ; FR3531 ; FR3533 ; FR3535 ; FR3538.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**
3163582	Endoprot. coronaire lib. sirolimus, MICROPORT CRM, FIREHAWK LIBERTY, diam 4,00. Stent à libération de sirolimus FIREHAWK LIBERTY de diamètre 4,00 mm de la société MICROPORT CRM France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FR4008 ; FR4013 ; FR4016 ; FR4018 ; FR4021 ; FR4023 ; FR4026 ; FR4029 ; FR4031 ; FR4033 ; FR4035 ; FR4038.	**573,00**	**573,00**	**01-06-2024**

h) BIOSS LIM C

La prise en charge du stent à libération contrôlée de principe actif BIOSS LIM C est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
Traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de bifurcation de novo incluant les sténoses du tronc commun gauche non protégées dans les 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 syndrome coronarien aigue avec élévation du segment ST (SCA-ST+).
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient.
La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre 6 et 12 mois.
- 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'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du

traitement.La prise en charge est assurée pour les références suivantes :

Société BALTON (BALTON)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3113437	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, BALTON, BIOSS LIM C, DIAM 2,50 mm Stent à libération de sirolimus BIOSS LIM C de diamètre 2,50 mm de la société BALTON. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSTB2,50x3,00x1514CS ; ZSTB2,50x3,25x1514CS ; ZSTB2,50x3,00x1614CS ; ZSTB2,50x3,25x1614CS ; ZSTB2,50x3,00x1814CS ; ZSTB2,50x3,25x1814CS ; ZSTB2,50x3,00x1914CS ; ZSTB2,50x3,25x1914CS ; ZSTB2,50x3,00x2414CS ; ZSTB2,50x3,25x2414CS ; ZSTB2,50x3,00x2314CS ; ZSTB2,50x3,25x2314CS	**573,00**	**573,00**	**15-09-2022**
3116909	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, BALTON, BIOSS LIM C, DIAM 2,75 mm Stent à libération de sirolimus BIOSS LIM C de diamètre 2,75 mm de la société BALTON. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSTB2,75x3,50x1514CS ; ZSTB2,75x3,50x1614CS ; ZSTB2,75x3,50x2414CS ; ZSTB2,75x3,50x2314CS ; ZSTB2,75x3,50x1914CS ; ZSTB2,75x3,50x1814CS	**573,00**	**573,00**	**15-09-2022**
3131978	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, BALTON, BIOSS LIM C, DIAM 3,00 mm Stent à libération de sirolimus BIOSS LIM C de diamètre 3,00 mm, de la société BALTON. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSTB3,00x3,50x1514CS ; ZSTB3,00x3,75x1514CS ; ZSTB3,00x3,50x1614CS ; ZSTB3,00x3,75x1614CS ; ZSTB3,00x3,50x1814CS ; ZSTB3,00x3,75x1814CS ; ZSTB3,00x3,50x2414CS ; ZSTB3,00x3,75x2414CS ; ZSTB3,00x3,50x1914CS ; ZSTB3,00x3,75x1914CS ; ZSTB3,00x3,50x2314CS ; ZSTB3,00x3,75x2314CS	**573,00**	**573,00**	**15-09-2022**
3131576	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, BALTON, BIOSS LIM C, DIAM 3,50 mm Stent à libération de sirolimus BIOSS LIM C de diamètre 3,50 mm, de la société BALTON. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSTB3,50x4,25x1514CS ; ZSTB3,50x4,25x1614CS ; ZSTB3,50x4,25x1814CS ; ZSTB3,50x4,25x1914CS ; ZSTB3,50x4,25x2414CS ; ZSTB3,50x4,25x2314CS	**573,00**	**573,00**	**15-09-2022**
3143906	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, BALTON, BIOSS LIM C, DIAM 3,75 mm Stent à libération de sirolimus BIOSS LIM C de diamètre 3,75 mm, de la société BALTON. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSTB3,75x4,50x1514CS ; ZSTB3,75x4,50x1614CS ; ZSTB3,75x4,50 x1814CS ; ZSTB3,75x4,50x1914CS ; ZSTB3,75x4,50x2314CS ; ZSTB3,75x4,50x2414CS	**573,00**	**573,00**	**15-09-2022**

i) ULTIMASTER TANSEI, RESOLUTE ONYX, XIENCE ALPINE, XIENCE XPEDITION, XIENCE SIERRA, ORSIRO, ORSIRO MISSION, SUPRAFLEX et SUPRAFLEX CRUZ

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif ULTIMASTER TANSEI, RESOLUTE ONYX, XIENCE ALPINE, XIENCE XPEDITION, XIENCE SIERRA,

ORSIRO, ORSIRO MISSION, SUPRAFLEX et SUPRAFLEX CRUZ 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 ≥ 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) ;
- 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) ;
- 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 ».
MODALITÉS 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.

Laboratoires TERUMO France SA (TERUMO)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3159907	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 2,25mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ2209KSM ; DE-RQ2212KSM ; DE-RQ2215KSM ; DE-RQ2218KSM ; DE-RQ2221KSM ; DE-RQ2224KSM ; DE-RQ2228KSM ; DE-RQ2233KSM ; DE-RQ2238KSM	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
3148401	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 2,5mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ2509KSM ; DE-RQ2512KSM ; DE-RQ2515KSM ; DE-RQ2518KSM ; DE-RQ2521KSM ; DE-RQ2524KSM ; DE-RQ2528KSM ; DE-RQ2533KSM ; DE-RQ2538KSM	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
3153856	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 2,75mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ2709KSM ; DE-RQ2712KSM ; DE-RQ2715KSM ; DE-RQ2718KSM ; DE-RQ2721KSM ; DE-RQ2724KSM ; DE-RQ2728KSM ; DE-RQ2733KSM ; DE-RQ2738KSM	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
3129728	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 3,0mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ3009KSM ; DE-RQ3012KSM ; DE-RQ3015KSM ; DE-RQ3018KSM ; DE-RQ3021KSM ; DE-RQ3024KSM ; DE-RQ3028KSM ; DE-RQ3033KSM ; DE-RQ3038KSM	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
3163398	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 3,5mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ3509KSM ; DE-RQ3512KSM ; DE-RQ3515KSM ; DE-RQ3518KSM ; DE-RQ3521KSM ; DE-RQ3524KSM ; DE-RQ3528KSM ; DE-RQ3533KSM ; DE-RQ3538KSM	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
3199580	Endoprothèse coronaire, stent lib, sirolimus, TERUMO, ULTIMASTER TANSEI diam 4,0mm La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RQ4009KSM ; DE-RQ4012KSM ; DE-RQ4015KSM ; DE-RQ4018KSM ; DE-RQ4021KSM ;	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**

	DE-RQ4024KSM ; DE-RQ4028KSM ; DE-RQ4033KSM ; DE-RQ4038KSM			

Société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES (SMT)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3134422	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 2,25mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 2,25 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF225008, FGSF225012, FGSF225016, FGSF225020, FGSF225024, FGSF225028, FGSF225032, FGSF225036, FGSF225040, FGSF225044, FGSF225048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3188429	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 2,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 2,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF250008, FGSF250012, FGSF250016, FGSF250020, FGSF250024, FGSF250028, FGSF250032, FGSF250036, FGSF250040, FGSF250044, FGSF250048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3164446	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 2,75mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 2,75 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF275008, FGSF275012, FGSF275016, FGSF275020, FGSF275024, FGSF275028, FGSF275032, FGSF275036, FGSF275040, FGSF275044, FGSF275048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3110120	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 3,00mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 3,00 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF300008, FGSF300012, FGSF300016, FGSF300020, FGSF300024, FGSF300028, FGSF300032, FGSF300036, FGSF300040, FGSF300044, FGSF300048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3128893	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 3,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 3,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF350008, FGSF350012, FGSF350016, FGSF350020, FGSF350024, FGSF350028, FGSF350032, FGSF350036, FGSF350040, FGSF350044, FGSF350048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3179258	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 4,00mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 4,00 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF400008, FGSF400012, FGSF400016, FGSF400020, FGSF400024, FGSF400028, FGSF400032,	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**

	FGSF400036, FGSF400040, FGSF400044, FGSF400048			
3115235	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX, DIAM 4,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX de diamètre 4,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGSF450008, FGSF450012, FGSF450016, FGSF450020, FGSF450024, FGSF450028, FGSF450032, FGSF450036, FGSF450040, FGSF450044, FGSF450048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3179146	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 2,25mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 2,25 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ225008, FGTZ225012, FGTZ225016, FGTZ225020, FGTZ225024, FGTZ225028, FGTZ225032, FGTZ225036, FGTZ225040, FGTZ225044, FGTZ225048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3116192	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 2,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 2,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ250008, FGTZ250012, FGTZ250016, FGTZ250020, FGTZ250024, FGTZ250028, FGTZ250032, FGTZ250036, FGTZ250040, FGTZ250044, FGTZ250048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3182705	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 2,75mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 2,75 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ275008, FGTZ275012, FGTZ275016, FGTZ275020, FGTZ275024, FGTZ275028, FGTZ275032, FGTZ275036, FGTZ275040, FGTZ275044, FGTZ275048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3112900	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 3,00mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 3,00 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ300008, FGTZ300012, FGTZ300016, FGTZ300020, FGTZ300024, FGTZ300028, FGTZ300032, FGTZ300036, FGTZ300040, FGTZ300044, FGTZ300048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3158322	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 3,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 3,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ350008, FGTZ350012, FGTZ350016, FGTZ350020, FGTZ350024, FGTZ350028, FGTZ350032, FGTZ350036, FGTZ350040, FGTZ350044, FGTZ350048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3185589	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 4,00mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 4,00 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ400008, FGTZ400012, FGTZ400016, FGTZ400020, FGTZ400024, FGTZ400028, FGTZ400032, FGTZ400036, FGTZ400040, FGTZ400044, FGTZ400048	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**
3122092	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, SMT, SUPRAFLEX CRUZ, DIAM 4,50mm. Stent à libération de sirolimus SUPRAFLEX CRUZ de diamètre 4,50 mm, de la société SAHAJANAND MEDICAL TECHNOLOGIES. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FGTZ450008, FGTZ450012, FGTZ450016, FGTZ450020, FGTZ450024, FGTZ450028, FGTZ450032, FGTZ450036, FGTZ450040, FGTZ450044, FGTZ450048.	**573,00**	**573,00**	**15-06-2025**

Société MEDTRONIC FRANCE (Medtronic)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3127050	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 2,25mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 2,25 mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX22508X, RONYX22512X, RONYX22515X, RONYX22518X, RONYX22522X, RONYX22526X, RONYX22530X, RONYX22534X et RONYX22538X	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3115181	. Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 2,50mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 2,50 mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX25008X, RONYX25012X, RONYX25015X, RONYX25018X, RONYX25022X, RONYX25026X, RONYX25030X, RONYX25034X et RONYX25038X.	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3136450	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 2,75mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 2,75 mm, de la société Medtronic France. RONYX27508X, RONYX27512X, RONYX27515X, RONYX27518X, RONYX27522X, RONYX27526X, RONYX27530X, RONYX27534X et RONYX27538X	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3121075	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 3,0mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 3,0mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX30008X, RONYX30012X, RONYX30015X, RONYX30018X, RONYX30022X, RONYX30026X, RONYX30030X, RONYX30034X et RONYX30038X.	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3160626	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 3,50mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 3,50 mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX35008X, RONYX35012X, RONYX35015X, RONYX35018X, RONYX35022X, RONYX35026X, RONYX35030X, RONYX35034X et RONYX35038X.	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3122689	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 4,00mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 4,00mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX40008X, RONYX40012X, RONYX40015X, RONYX40018X, RONYX40022X, RONYX40026X, RONYX40030X, RONYX40034X et RONYX40038X	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3165641	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 4,50mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 4,50mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX45012X, RONYX45015X, RONYX45018X, RONYX45022X, RONYX45026X, RONYX45030X	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**
3102043	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE ONYX, 5,00mm.	**573,00**	**573,00**	**19-09-2024**

	Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE ONYX de diamètre 5,00mm, de la société Medtronic France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RONYX50012X, RONYX50015X, RONYX50018X, RONYX50022X, RONYX50026X, RONYX50030X			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3164630	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 2,25 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 2,25 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120225-08, 1120225-12, 1120225-15, 1120225-18, 1120225-23, 1120225-28	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3109051	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 2,50 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 2,50 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120250-08, 1120250-12, 1120250-15, 1120250-18, 1120250-23, 1120250-28, 1120250-33, 1120250-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3149518	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 2,75 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 2,75 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120275-08, 1120275-12, 1120275-15, 1120275-18, 1120275-23, 1120275-28, 1120275-33, 1120275-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3185827	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 3,00 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120300-08, 1120300-12, 1120300-15, 1120300-18, 1120300-23, 1120300-28, 1120300-33, 1120300-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3112107	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 3,00 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120300-08, 1120300-12, 1120300-15, 1120300-18, 1120300-23, 1120300-28, 1120300-33, 1120300-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3187619	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 3,50 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 3,50 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120350-08, 1120350-12, 1120350-15, 1120350-18, 1120350-23, 1120350-28, 1120350-33, 1120350-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3174373	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE ALPINE, DIAM 4,00 mm Stent à libération d'everolimus XIENCE ALPINE de diamètre de 4,00 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1120400-08, 1120400-12, 1120400-15, 1120400-18, 1120400-23, 1120400-28, 1120400-33,1120400-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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. 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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2019**

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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3101010	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 2,25mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 2,25 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500225-08 ; 1500225-12 ; 1500225-15 ; 1500225-18 ; 1500225-23 ; 1500225-28 ; 1500225-33 ; 1500225-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3146320	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 2,50mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 2,50 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500250-08 ; 1500250-12 ; 1500250-15 ; 1500250-18 ; 1500250-23 ; 1500250-28 ; 1500250-33 ; 1500250-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3170926	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 2,75mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 2,75 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500275-08 ; 1500275-12 ; 1500275-15 ; 1500275-18 ; 1500275-23 ; 1500275-28 ; 1500275-33 ; 1500275-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3152609	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 3,00mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 3,00 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500300-08 ; 1500300-12 ; 1500300-15 ; 1500300-18 ; 1500300-23 ; 1500300-28 ; 1500300-33 ; 1500300-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3116186	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 3,25mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 3,25mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500325-08 ; 1500325-12 ; 1500325-15 ; 1500325-18 ; 1500325-23 ; 1500325-28 ; 1500325-33 ; 1500325-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3110255	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 3,50mm	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 3,50 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500350-08 ; 1500350-12 ; 1500350-15 ; 1500350-18 ; 1500350-23 ; 1500350-28 ; 1500350-33 ; 1500350-38			
3132104	Endoprothèse coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE SIERRA, DIAM 4,00mm Stent à libération d'everolimus XIENCE SIERRA de diamètre de 4,00 mm REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1500400-08 ; 1500400-12 ; 1500400-15 ; 1500400-18 ; 1500400-23 ; 1500400-28 ; 1500400-33 ; 1500400-38	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

Société Biotronik France SAS (Biotronik)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
3195843	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,25 mm. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3139655	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,50 mm. 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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3101486	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 2,25 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419101 ; 419107 ; 419113 ; 419119 ; 419125 ; 419131 ; 419137 ; 419143 ; 419149	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**
3185684	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 2,50 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419102 ; 419108 ; 419114 ; 419120 ; 419126 ; 419132 ; 419138 ; 419144 ; 419150	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**
3146483	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 2,75 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419103 ; 419109 ; 419115 ; 419121 ; 419127 ; 419133 ; 419139 ; 419145 ; 419151	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**
3119300	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 3,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419104 ; 419110 ; 419116 ; 419122 ; 419128 ; 419134 ; 419140 ; 419146 ; 419152	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**

3156903	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 3,5 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419105 ; 419111 ; 419117 ; 419123 ; 419129 ; 419135 ; 419141 ; 419147 ; 419153	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**
3111993	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, BIOTRONIK, ORSIRO MISSION, d. 4,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE : 419106 ; 419112 ; 419118 ; 419124 ; 419130 ; 419136 ; 419142 ; 419148 ; 419154	**573,00**	**573,00**	**15-08-2025**

j) PROMUS ELITE, PROMUS PREMIER, SYNERGY, YUKON CHOICE PC et YUKON CHROME PC

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif PROMUS ELITE, PROMUS PREMIER, SYNERGY, YUKON CHOICE PC et YUKON CHROME PC est assuré 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.

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308220 ; H7493941312220 ; H7493941316220 ; H7493941320220 ; H7493941324220 ; H7493941328220 ; H7493941332220.	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**01-02-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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 ; H7493925116250 ; H7493925120250 ; H7493925124250 ; H7493925128250 ; H7493925132250 ; H7493925138250.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108350 ; H7493925112350 ; H7493925116350 ; H7493925120350 ; H7493925124350 ; H7493925128350 ; H7493925132350 ; H7493925138350			
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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 : H7493926208270 ; H7493926212270 ; H7493926216270 ; H7493926220270 ; H7493926224270 ; H7493926228270 ; H7493926232270 ; H7493926238270.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
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 ;	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	H7493926232450			
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	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

Société TRANSLUMINA GmbH (TRANSLUMINA)

Code	Désignation	tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3129326	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 2,25. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 2,25 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC2208 ; YCPC2212 ; YCPC2216 ; YCPC2218 ; YCPC2221 ; YCPC2224 ; YCPC2228 et YCPC2232	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3137194	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 2,50. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 2,50 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC2508 ; YCPC2512 ; YCPC2516 ; YCPC2518 ; YCPC2521 ; YCPC2524 ; YCPC2528 et YCPC2532	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3190171	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 2,75. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 2,75 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC2708 ; YCPC2712 ; YCPC2716 ; YCPC2718 ; YCPC2721 ; YCPC2724 ; YCPC2728, YCPC2732 et YCPC2740.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3143869	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 3,00. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 3,00 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC3008 ; YCPC3012 ; YCPC3016 ; YCPC3018 ; YCPC3021 ; YCPC3024 ; YCPC3028, YCPC3032 et YCPC3040.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3158061	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 3,50. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 3,50 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC3508 ; YCPC3512 ; YCPC3516 ; YCPC3518 ; YCPC3521 ; YCPC3524 ; YCPC3528, YCPC3532 et YCPC3540.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3189251	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHOICE PC, diam 4,00. Stent à libération de sirolimus YUKON CHOICE PC de diamètre 4,00 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : YCPC4008 ; YCPC4012 ; YCPC4016 ; YCPC4018 ; YCPC4021 ; YCPC4024 ; YCPC4028, YCPC4032 et YCPC4040.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3125475	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 2,25. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 2,25 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG22508PC ; T-CMG22512PC ; T-CMG22516PC ; T-CMG22518PC ; T-CMG22521PC ; T-CMG22524PC ; T-CMG22528PC ; T-CMG22532PC.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3132860	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 2,50. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 2,50 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG2508PC ; T-CMG2512PC ;	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

	T-CMG2516PC ; T-CMG2518PC ; T-CMG2521PC ; T-CMG2524PC ; T-CMG2528PC ; T-CMG2532PC.			
3186608	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 2,75. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 2,75 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG27508PC ; T-CMG27512PC ; T-CMG27516PC ; T-CMG27518PC ; T-CMG27521PC ; T-CMG27524PC ; T-CMG27528PC ; T-CMG27532PC ; T-CMG27540PC.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3167611	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 3,00. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 3,00 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG3008PC ; T-CMG3012PC ; T-CMG3016PC ; T-CMG3018PC ; T-CMG3021PC ; T-CMG3024PC ; T-CMG3028PC ; T-CMG3032PC ; T-CMG3040PC.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3113087	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 3,50. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 3,50 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG3508PC ; T-CMG3512PC ; T-CMG3516PC ; T-CMG3518PC ; T-CMG3521PC ; T-CMG3524PC ; T-CMG3528PC ; T-CMG3532PC ; T-CMG3540PC.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**
3121980	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, TRANSLUMINA, YUKON CHROME PC, diam 4,00. Stent à libération de sirolimus YUKON CHROME PC de diamètre 4,00 mm de la société TRANSLUMINA GmbH. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T-CMG4008PC ; T-CMG4012PC ; T-CMG4016PC ; T-CMG4018PC ; T-CMG4021PC ; T-CMG4024PC ; T-CMG4028PC ; T-CMG4032PC ; T-CMG4040PC.	**573,00**	**573,00**	**15-09-2024**

K) ELUNIR

La prise en charge du stent à libération contrôlée de principe actif ridaforolimus ELUNIR est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS
- Situation générale : insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion (s) de novo d'une artère coronaire native ≥ 2,5 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA).
- Situations particulières, 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 ≥ 2,5 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.

La prise en charge est assurée pour les références suivantes :

Société MEDINOL

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3180623	Endoprothèse coronaire lib. ridaforolimus, MEDINOL, ELUNIR, diam 2,50. Stent à libération de ridaforolimus ELUNIR de diamètre 2,50 mm de la société MEDINOL La prise en charge est assurée pour les références suivantes :. LUN250R08C; LUN250R12C; LUN250R15C; LUN250R17C; LUN250R20C; LUN250R24C; LUN250R28C et LUN250R33C; LUN250R08IN; LUN250R12IN; LUN250R15IN; LUN250R17IN; LUN250R20IN; LUN250R24IN; LUN250R28IN et LUN250R33IN	**573,00**	**573,00**	**15-04-2024**
3101138	Endoprothèse coronaire lib. ridaforolimus, MEDINOL, ELUNIR, diam 2,75. Stent à libération de ridaforolimus ELUNIR de diamètre 2,75 mm de la société MEDINOL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUN275R08C; LUN275R12C; LUN275R15C; LUN275R17C; LUN275R20C; LUN275R24C; LUN275R28C; LUN275R33C; LUN275R38C et LUN275R44C; LUN275R08IN; LUN275R12IN; LUN275R15IN; LUN275R17IN; LUN275R20IN; LUN275R24IN; LUN275R28IN; LUN275R33IN; LUN275R38IN et LUN275R44IN	**573,00**	**573,00**	**15-04-2024**
3164185	Endoprothèse coronaire lib. ridaforolimus, MEDINOL, ELUNIR, diam 3,00. Stent à libération de ridaforolimus ELUNIR de diamètre 3,00 mm de la société MEDINOL La prise en charge est assurée pour les références suivantes LUN300R08C; LUN300R12C; LUN300R15C; LUN300R17C; LUN300R20C; LUN300R24C; LUN300R28C; LUN300R33C; LUN300R38C et LUN300R44C; LUN300R08IN; LUN300R12IN; LUN300R15IN; LUN300R17IN; LUN300R20IN; LUN300R24IN; LUN300R28IN; LUN300R33IN; LUN300R38IN et LUN300R44IN	**573,00**	**573,00**	**15-04-2024**
3137308	Endoprothèse coronaire lib. ridaforolimus, MEDINOL, ELUNIR, diam 3,50. Stent à libération de ridaforolimus ELUNIR de diamètre 3,50 mm de la société MEDINOL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LUN350R08C; LUN350R12C; LUN350R15C; LUN350R17C; LUN350R20C; LUN350R24C; LUN350R28C; LUN350R33C; LUN350R38C et LUN350R44C; LUN350R08IN; LUN350R12IN; LUN350R15IN; LUN350R17IN; LUN350R20IN; LUN350R24IN; LUN350R28IN; LUN350R33IN; LUN350R38IN et LUN350R44IN		**573,00**	**15-04-2024**
3115940	Endoprothèse coronaire lib. ridaforolimus, MEDINOL ELUNIR, diam 4,00. Stent à libération de ridaforolimus ELUNIR de diamètre 4,00 mm de la société MEDINOL La prise en charge est assurée pour les références suivantes LUN400R08C; LUN400R12C; LUN400R15C; LUN400R17C; LUN400R20C; LUN400R24C; LUN400R28C; LUN400R33C; LUN400R38C et LUN400R44C; LUN400R08IN; LUN400R12IN; LUN400R15IN; LUN400R17IN; LUN400R20IN; LUN400R24IN; LUN400R28IN; LUN400R33IN; LUN400R38IN et LUN400R44IN	**573,00**	**573,00**	**15-04-2024**

l) MISTENT SES

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif MISTENT SES 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 2,5 à 3,5 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 2,5 à 3,5 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) ;
- 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.

Société STENTYS

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3109571	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, STENTYS, MISTENT SES, diam 2,5 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 202509 ; 202513 ; 202515 ; 202519 ; 202523	**573,00**	**573,00**	**01-05-2024**
3187341	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, STENTYS, MISTENT SES, diam 2,75 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 202709 ; 202713 ; 202715 ; 202719 ; 202723 ; 202727 ; 202730	**573,00**	**573,00**	**01-05-2024**
3107997	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, STENTYS, MISTENT SES, diam 3 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 203009 ; 203013 ; 203015 ; 203019 ; 203023 ; 203027 ; 203030	**573,00**	**573,00**	**01-05-2024**
3178224	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, STENTYS, MISTENT SES, diam 3,5 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 203509 ; 203513 ; 203515 ; 203519 ; 203523 ; 203527 ; 203530	**573,00**	**573,00**	**01-05-2024**

M) CRE8 EVO

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif CRE8 EVO est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS
Situation générale : 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).
Situations particulières : 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 ;
- Resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un premier 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.

Société ALVIMEDICA MEDICAL TECHNOLOGIES France (ALVIMEDICA)

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3122181	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 2,25 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX22509 ; ICLX22513 ; ICLX22516 ; ICLX22520 ; ICLX22526 ; ICLX22533 ; ICLX22540.	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3182384	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 2,50 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX2509 ; ICLX2513 ; ICLX2516 ; ICLX2520 ; ICLX2526 ; ICLX2533 ; ICLX2540	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3196630	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 2,75 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX27509 ; ICLX27513 ; ICLX27516 ; ICLX27520 ; ICLX27526 ; ICLX27533 ; ICLX27540	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3160135	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 3,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX3009 ; ICLX3013 ; ICLX3016 ; ICLX3020 ; ICLX3026 ; ICLX3033 ; ICLX3040	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3133552	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 3,5 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX3509 ; ICLX3513 ; ICLX3516 ; ICLX3520 ; ICLX3526 ; ICLX3533 ; ICLX3540	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3126776	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 4,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX4009 ; ICLX4013 ; ICLX4016 ; ICLX4020 ; ICLX4026 ; ICLX4033	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**

3125191	Endoprothèse coronaire, stent lib. Sirolimus, ALVIMEDICA, CRE8 EVO, diam 4,5 REFERENCES PRISES EN CHARGE : ICLX4513 ; ICLX4516 ; ICLX4520 ; ICLX4526 ; ICLX4533	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**

n) SYNERGY MEGATRON

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif SYNERGY MEGATRON est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS PRISES EN CHARGE
Situation générale : insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion(s) de novo d'une artère coronaire native ≥ 3,5 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA).
Situations particulières : 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 ≥ 3,5 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.
MODALITÉS 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.

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3117286	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everoliumus, BOSTON, SYNERGY MEGATRON, d. 3,5 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493942708350 ; H7493942712350 ; H7493942716350 ; H7493942720350 ; H7493942724350 ; H7493942728350 ; H7493942732350.	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**

3123967	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everoliumus, BOSTON, SYNERGY MEGATRON, d. 4,0 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493942708400 ; H7493942712400 ; H7493942716400 ; H7493942720400 ; H7493942724400 ; H7493942728400 ; H7493942732400.	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3113153	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everoliumus, BOSTON, SYNERGY MEGATRON, d. 4,5 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493942708450 ; H7493942712450 ; H7493942716450 ; H7493942720450 ; H7493942724450 ; H7493942728450 ; H7493942732450	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**
3107827	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everoliumus, BOSTON, SYNERGY MEGATRON, d. 5,0 La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493942708500 ; H7493942712500 ; H7493942716500 ; H7493942720500 ; H7493942724500 ; H7493942728500 ; H7493942732500	**573,00**	**573,00**	**15-05-2025**

O) SYNERGY XD

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif SYNERGY XD est assurée dans les conditions décrites ci-dessous:

INDICATIONS

Situation générale : 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).

Situations particulières : 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);

– 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 comorbidités 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.

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Désignation	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3163903	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 2,25 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708220; H7493941712220; H7493941716220; H7493941720220; H7493941724220; H7493941728220; H7493941732220; H7493941738220.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3148418	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 2,50 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708250; H7493941712250; H7493941716250; H7493941720250; H7493941724250; H7493941728250; H7493941732250; H7493941738250.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**

3154382	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 2,75 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708270; H7493941712270; H7493941716270; H7493941720270; H7493941724270; H7493941728270; H7493941732270; H7493941738270.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3118222	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 3,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708300; H7493941712300; H7493941716300; H7493941720300; H7493941724300; H7493941728300; H7493941732300; H7493941738300.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3184147	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 3,5 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708350; H7493941712350; H7493941716350; H7493941720350; H7493941724350; H7493941728350; H7493941732350; H7493941738350.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3108169	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 4,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941708400; H7493941712400; H7493941716400; H7493941720400; H7493941724400; H7493941728400; H7493941732400; H7493941738400.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3114017	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 4,5 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941712450; H7493941716450; H7493941720450; H7493941724450; H7493941728450; H7493941732450.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**
3182898	Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, SYNERGY XD, diam 5,0 REFERENCES PRISES EN CHARGE: H7493941712500; H7493941716500; H7493941720500; H7493941724500; H7493941728500; H7493941732500.	**573,00**	**573,00**	**15-12-2025**

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 :

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**750,00**	**750,00**	**30-09-2027**

	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 - 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.			
3131694	Endoprothèse nue expansible par ballonnet 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'une endoprothèse périphérique de 1re 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 ou occlusion de l'artère rénale athéromateuse (ostiale, proximale) - 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	**750,00**	**750,00**	**30-09-2027**

	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 - 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'hémorragies 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.			
3137722	Endoprothèse couverte 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'une endoprothèse périphérique de 1re intention discutée en fonction de la lésion : complexité, longueur, calcification, localisation) - Resténose significative (prolifération intimale) - Anévrisme iliaque isolé, fistule artérioveineuse, rupture artérielle (complications d'un acte endovasculaire, traumatismes vasculaires hémorragiques) Traitement des lésions symptomatiques des artères rénales (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections, ruptures) - 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) - Rupture, dissection (complications d'anévrismes) - Resténose significative (prolifération intimale) - Traitement des lésions symptomatiques des artères digestives (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections) - Sténose sur anastomose en cas de transplantation hépatique - Syndrome de malperfusion viscérale sur une dissection aortique (complications sur le parenchyme	**750,00**	**750,00**	**30-09-2027**

	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 - Traitement des sténoses ou occlusion 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'hémorragies 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'asciteréfractaire - 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.			
3130016	Endoprothèse couverte expansible sur ballonnet 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'une endoprothèse périphérique de 1re intention discutée en fonction de la lésion : complexité, longueur, calcification, localisation) - Resténose significative (prolifération intimale) - Anévrisme iliaque isolé, fistule artérioveineuse, rupture artérielle (complications d'un acte endovasculaire, traumatismes vasculaires hémorragiques) - Complément d'acte endovasculaire pour anévrisme aorto-iliaque ou iliaque - Traitement des lésions symptomatiques des artères rénales (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections, ruptures) - 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) - Ruptures, dissections (complications d'anévrismes) - Resténose significative (prolifération intimale) - Complément d'acte endovasculaire aortique pour anévrisme aortique (association aux endoprothèses fenêtrées) - Traitement des lésions symptomatiques des artères digestives (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections) - 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) - Complément d'acte endovasculaire aortique pour anévrisme aortique (association aux endoprothèses fenêtrées).	**750,00**	**750,00**	**30-09-2027**

A. – Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale

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.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3176343	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT Iis, corps bifurqué. Modalités d'utilisation : Les corps bifurqués ENDURANT Iis sont compatibles avec les jambages (controlatéraux ou ispsilatéraux) et extensions (iliaques ou aortiques) de la gamme ENDURANT II. Références prises en charge : ESBF2314C103EE, ESBF2514C103EE,SBF2814C103EE, ESBF3214C103EE, ESBF3614C103EE	**3056,19**	**3056,19**	**15-03-2026**

Endurant

«La prise en charge d'ENDURANT II et d'ENDURANT IIs est assurée dans les conditions décrites ci-dessous:
INDICATIONS.
Traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale asymptomatique devant être envisagé lorsque le plus grand diamètre est supérieur à 5,5 cm chez l'homme et 5 cm chez la femme ou si le diamètre augmente de 1 cm en 1 an (pour un anévrisme dont le diamètre est supérieur à 4 cm).
Un AAA symptomatique est traité quelle que soit sa taille.
Les critères anatomiques fondamentaux pour que le traitement endovasculaire soit un succès sont les suivants:
– zones d'ancrage sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures;
– collet proximal à bords parallèles supérieur à 15 mm si l'angle du collet proximal est inférieur à 40°ou supérieur à 20 mm si l'angle est compris entre 40°et 60°;
– le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (points d'ancrage iliaque), les accès ilio-fémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisée.
Le choix du traitement (chirurgie ouverte, traitement endovasculaire avec pose d'une endoprothèse ou surveillance) doit être réalisé conformément à la place dans la stratégie thérapeutique.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
. L'implantation des endoprothèses aortiques abdominales ENDURANT II et ENDURANT IIs doit être réalisée dans les conditions suivantes:
– la décision de prise en charge doit être envisagée dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Celui- ci doit être informé des avantages et des inconvénients des 3 modalités de prise en charge (surveillance, chirurgie ouverte, traitement endovasculaire). Concernant les deux techniques interventionnelles, les incertitudes à long terme et l'évolution possible de l'anévrisme aortique abdominal après traitement endovasculaire doivent être notamment discutées avec lui.
– 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 souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale et radiologique, permettant une intervention majeure.

– 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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3136208	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, dispositif d'occlusion. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, 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..	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**
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.	**4019,10**	**1019,19**	**15-03-2026**
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.	**2477,76**	**2477,76**	**15-03-2026**
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.	**3056,19**	**3056,19**	**15-03-2026**
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.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**
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.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

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.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

EXCLUDER

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.

L'implantation de l'endoprothèse EXCLUDER doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) 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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3172960	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, jambage. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PLC121000, PLC121200, PLC121400, PLC141000, PLC141200, PLC141400, PLC161000, PLC161200, PLC161400, PLC181000, PLC181200, PLC181400, PLC201000, PLC201200, PLC201400, PLC231000, PLC231200, PLC231400, PLC271000, PLC271200 et PLC271400.	**1214,10**	**1214,10**	**15-07-2019**
3187507	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension iliaque..	**962,91**	**962,91**	**15-07-2019**
3164222	Endoprothèse aortique, W. L. GORE et Associés, EXCLUDER, extension aortique. Références prises en charge : PLA230300, PLA260300, PLA280300, PLA320400 et PLA360400.	**962,91**	**962,91**	**15-07-2019**
3175540	Endoprothèse aortique, W. L. 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 W. L. GORE et associés SARL. Références prises en charge : 12 cm: RLT231212, RLT231412, RLT261212, RLT261412, RLT281212 et RLT281412. 13 cm: RLT311413. 14 cm: RLT351414, RLT231214, RLT231414, RLT261214, RLT261414, RLT281214 et RLT281414. 15 cm: RLT311415. 16 cm: RLT351416, RLT231216, RLT231416, RLT261216, RLT261416, RLT281216 et RLT281416. 17 cm: RLT311417. 18 cm, RLT351418, RLT231218, RLT231418, RLT261218, RLT261418, RLT281218 et RLT281418.	**3767,90**	**3767,90**	**15-07-2019**

GORE EXCLUDER IBE

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3110924	Endoprothèse aortique, bifurcation iliaque, WL GORE et associés, GORE EXCLUDER IBE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Traitement des anévrismes aorto-iliaques ou iliaques avec atteinte bilatérale de l'artère iliaque commune en l'absence d'alternative 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 16 Fr ; - un diamètre de l'artère iliaque d'au moins 17 mm à la zone d'implantation proximale ; - un diamètre de l'artère iliaque externe compris entre 6,5 et 25 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 ; - un diamètre de l'artère iliaque interne compris entre 6,5 et 13,5 mm ; - un segment de fixation de l'artère iliaque interne non anévrismal en aval de l'anévrisme d'une longueur d'au moins 10 mm. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 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. 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.	**3200,00**	**3200,00**	**15-11-2022**

	- 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 coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum 50 cas/an ; - opérateur ayant une expérience de l'endoprothèse : minimum de 6 ou les 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor). Les patients concernés par cette technique sont considérés à haut risque chirurgical. Ce 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 co-morbidités du patient et de la difficulté technique du geste à réaliser, qui varie selon la localisation de l'anévrisme. La décision d'intervenir doit mettre en balance chez des patients à haut risque chirurgical, les bénéfices et risques attendus pour chaque type d'intervention (chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire) ainsi que 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 à se conformer au suivi est indispensable. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE CEB231010 ; CEB231210 ; CEB231410			
3140747	Endoprothèse aortique, iliaque interne, WL Gore et Associés, GORE EXCLUDER IBE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Traitement des anévrismes aorto-iliaques ou iliaques avec atteinte bilatérale de l'artère iliaque commune en l'absence d'alternative 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 16 Fr ; - un diamètre de l'artère iliaque d'au moins 17 mm à la zone d'implantation proximale ; - un diamètre de l'artère iliaque externe compris entre 6,5 et 25 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 ; - un diamètre de l'artère iliaque interne compris entre 6,5 et 13,5 mm ; un segment de fixation de l'artère iliaque interne non anévrismal en aval de l'anévrisme d'une longueur d'au moins 10 mm. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La mise en place des endoprothèses doit être réservée : - A 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. 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. - A 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 ;	**1003,03**	**1003,03**	**15-11-2022**

	- Angioplasties artérielles percutanées (artères périphériques excluant les artères coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum 50 cas/an ; - Opérateur ayant une expérience de l'endoprothèse : minimum de 6 ou les 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor). Les patients concernés par cette technique sont considérés à haut risque chirurgical. Ce 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 doit mettre en balance, chez des patients à haut risque chirurgical, les bénéfices et risques attendus pour chaque type d'intervention (chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire) ainsi que 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 à se conformer au suivi est indispensable. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE HGB161007 ; HGB161207 ; HGB161407			

Société Cook France

ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE, ZENITH FLEX AUI et ZENITH ALPHA

«INDICATIONS:
La prise en charge de ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE, ZENITH ALPHA, ZENITH SPIRAL Z et ZENITH ALPHA SPIRAL-Z est assurée dans les conditions suivantes:

La prise en charge est assurée pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale asymptomatique devant être envisagé lorsque le plus grand diamètre est supérieur à 5,5 cm chez l'homme et 5 cm chez la femme ou si le diamètre augmente de 1 cm en 1 an (pour un anévrisme dont le diamètre est supérieur à 4 cm)
Un AAA symptomatique est traité quelle que soit sa taille.
Les critères anatomiques fondamentaux pour que le traitement endovasculaire soit un succès sont les suivants:

– Zones d'ancrage sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures
– Collet proximal à bords parallèles supérieur à 15 mm si l'angle du collet proximal est inférieur à 40° ou supérieur à 20 mm si l'angle est compris entre 40° et 60°
– Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (points d'ancrage iliaque), les accès ilio-fémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisé
Le choix du traitement (chirurgie ouverte, traitement endovasculaire avec pose d'une endoprothèse ou surveillance) doit être réalisé conformément à la place dans la stratégie thérapeutique.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
L'implantation des endoprothèses aortiques abdominales ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE ZENITH ALPHA, ainsi que des jambages iliaques ZENITH SPIRAL-Z et ZENITH ALPHA SPIRAL-Z doit être réalisée dans les conditions suivantes:

– La décision de prise en charge doit être envisagée dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Celui- ci doit être informé des avantages et des inconvénients des 3 modalités de prise en charge (surveillance, chirurgie ouverte, traitement endovasculaire). Concernant les deux techniques interventionnelles, les incertitudes à long terme et l'évolution possible de l'anévrisme aortique abdominal après traitement endovasculaire doivent être notamment discuté avec lui.

– 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 souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale et radiologique, permettant une intervention majeure.

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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
3161175	Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, dispositif occlusion. Avec système d'introduction Z-Trak : ZIP-14-ZT, ZIP-16-ZT, ZIP-18-ZT, ZIP-20-ZT, ZIP-22-ZT, ZIP-24-ZT.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
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.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
3136384	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH ALPHA SPIRAL-Z, jambage. Modalités de prescription et d'utilisation : Ce jambage peut être utilisé avec les corps principaux ZENITH LOW PROFILE, ZENITH FLEX AUI AAA, ZENITH FLEX, ZENITH ALPHA, ZENITH BRANCH et ZENITH FENESTRATED et leurs composants auxiliaires. Références prise en charge : ZISL-9-42, ZISL-9-59, ZISL-9-77, ZISL-9-93, ZISL-9-110, ZISL-9-125, ZISL-11-42, ZISL-11-59, ZISL-11-77, ZISL-11-93, ZISL-11-110, ZISL-11-125, ZISL-13-42, ZISL-13-59, ZISL-13-77, ZISL-13-93, ZISL-13-110, ZISL-13-125, ZISL-16-42, ZISL-16-59, ZISL-16-77, ZISL-16-93, ZISL-20-42, ZISL-20-59, ZISL-20-77, ZISL-20-93, ZISL-24-42, ZISL-24-59, ZISL-24-77, ZISL-24-93	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
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.	**3056,19**	**3056,19**	**01-03-2026**

	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.			
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.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
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.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
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, ZENITH RENU et ZENITH ALPHA.	**962,91**	**962,91**	**01-03-2026**
3150711	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH ALPHA, corps principal. Modèle et références : ZIMB-22-70, ZIMB-22-84, ZIMB-22-98, ZIMB-22-108, ZIMB-22-118, ZIMB-22-128. ZIMB-24-70, ZIMB-24-84, ZIMB-24-98, ZIMB-24-108, ZIMB-24-118, ZIMB-24-128. ZIMB-26-70, ZIMB-26-84, ZIMB-26-98, ZIMB-26-108, ZIMB-26-118, ZIMB-26-128. ZIMB-28-70, ZIMB-28-84, ZIMB-28-98, ZIMB-28-108, ZIMB-28-118, ZIMB-28-128. ZIMB-30-70, ZIMB-30-84, ZIMB-30-98, ZIMB-30-108, ZIMB-30-118, ZIMB-30-128. ZIMB-32-70, ZIMB-32-84, ZIMB-32-98, ZIMB-32-108, ZIMB-32-118, ZIMB-32-128. ZIMB-36-70, ZIMB-36-84, ZIMB-36-98, ZIMB-36-108, ZIMB-36-118, ZIMB-36-128.	**3056,19**	**3056,19**	**01-03-2026**

ZENITH BRANCH

3106791	Endoprothèse aortique, bifurcation iliaque, Cook, ZENITH BRANCH. 1) INDICATIONS Traitement des anévrismes aortoiliaques ou iliaques avec atteinte bilatérale de l'artère iliaque commune. 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	**3200,00**	**3200,00**	**15-04-2023**

	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. La mise en place des endoprothèses doit être réservée : - A 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. 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. - A 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 coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum 50 cas/an, - Opérateur ayant une expérience de l'endoprothèse : minimum de 6 ou les 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor). Pour les patients considérés à haut risque chirurgical, ce 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 co-morbidités du patient et de la difficulté technique du geste à réaliser, qui varie selon la localisation de l'anévrisme. La décision d'intervenir doit mettre en balance chez des patients à haut risque chirurgical, les bénéfices et risques attendus pour chaque type d'intervention (chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire) ainsi que 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 à se conformer au suivi est indispensable. 3) REFERENCES PRISES EN CHARGES ZBIS-10-45-41, ZBIS-10-61-41, ZBIS-10-45-58, ZBIS-10-61-58, ZBIS-12-45-41, ZBIS-12-61-41, ZBIS-12-45-58 et ZBIS-12-61-58.			

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 $\geq$ 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 à se 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 de ZENITH SPIRAL-Z et sont pris en charge sous les codes 3113354 et 3136384.

La prise en charge est assurée pour les références (corps proximal et corps distal bifurqué) de ZENITH FENESTRATED suivantes :

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**11 700,00**	**11 700,00**	**15-03-2021**

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-16-62-94, 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 et code 3136384).	**2 700,00**	**2 700,00**	**15-03-2021**
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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**
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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**
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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**

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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**
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. 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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**
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.	**14 400,00**	**14 400,00**	**15-03-2021**

Société Vascutek France (Vascutek)

ANACONDA

«INDICATIONS Traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale asymptomatique devant être envisagé lorsque le plus grand diamètre est supérieur à 5,5 cm chez l'homme et 5 cm chez la femme ou si le diamètre augmente de 1 cm en 1 an (pour un anévrisme dont le diamètre est supérieur à 4 cm). Un AAA symptomatique est traité quelle que soit sa taille.

Les critères anatomiques fondamentaux pour que le traitement endovasculaire soit un succès sont les suivants:

– Zones d'ancrage sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures

– Collet proximal à bords parallèles supérieur à 15 mm si l'angle du collet proximal est inférieur à 40°ou supérieur à 20 mm si l'angle est compris entre 40°et 60°

– Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (points d'ancrage iliaque), les accès ilio-fémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisée. Le choix du traitement (chirurgie ouverte, traitement endovasculaire avec pose d'une endoprothèse ou surveillance) doit être réalisé conformément à la place dans la stratégie thérapeutique.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

L'implantation de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA doit être réalisée dans les conditions suivantes:

– La décision de prise en charge doit être envisagée dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Celui- ci doit être informé des avantages et des inconvénients des 3 modalités de prise en charge (surveillance, chirurgie ouverte, traitement endovasculaire). Concernant les deux techniques interventionnelles, les incertitudes à long terme et l'évolution possible de l'anévrisme aortique abdominal après traitement endovasculaire doivent être notamment discutées avec lui

. – 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 souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale et radiologique, permettant une intervention majeure.

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	Référence	TARIF en € TTC	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**3056,19**	**3056,19**	**15-03-2026**
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, L12x160, L12x180.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**
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, FL1213x150, FL1213x170, FL1215x150, FL1215x170, FL1217x150 FL1217x170, FL1219X150, FL1219X170, FL1221X150, FL1221X170, FL1223X150, FL1223X170.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**
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, TL1210x150, TL1210x170.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

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.	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

ANACONDA LoPro90

INDICATIONS:

Traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale asymptomatique devant être envisagé lorsque le plus grand diamètre est supérieur à 5,5 cm chez l'homme et 5 cm chez la femme ou si le diamètre augmente de 1 cm en 1 an (pour un anévrisme dont le diamètre est supérieur à 4 cm). Un AAA symptomatique est traité quelle que soit sa taille. Les critères anatomiques fondamentaux pour que le traitement endovasculaire soit un succès sont les suivants: – Zones d'ancrage sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures – Collet proximal à bords parallèles supérieur à 15 mm si l'angle du collet proximal est inférieur à 40°ou supérieur à 20 mm si l'angle est compris entre 40°et 60° – Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (points d'ancrage iliaque), les accès ilio-fémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisée. Le choix du traitement (chirurgie ouverte, traitement endovasculaire avec pose d'une endoprothèse ou surveillance) doit être réalisé conformément à la place dans la stratégie thérapeutique.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

L'implantation de l'endoprothèse aortique abdominale ANACONDA LoPro90 doit être réalisée dans les conditions suivantes:

– La décision de prise en charge doit être envisagée dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Celui-ci doit être informé des avantages et des inconvénients des 3 modalités de prise en charge (surveillance, chirurgie ouverte, traitement endovasculaire). Concernant les deux techniques interventionnelles, les incertitudes à long terme et l'évolution possible de l'anévrisme aortique abdominal après traitement endovasculaire doivent être notamment discutées avec lui.

– 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 souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale et radiologique, permettant une intervention majeure.

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	Référence	TARIF en € TTC	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3122620	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA LoPro90, corps bifurqué Corps bifurqué de l'endoprothèse aortique ANACONDA LoPro90 de la société VASCUTEK. ANACONDA LoPRo90 est une endoprothèse aortique modulaire et auto-expansible. REFERENCE PRISE EN CHARGE : ALP21- ALP23 - ALP25- ALP28 - ALP30 - ALP32 - ALP34	**3056,19**	**3056,19**	**15-03-2026**
3110025	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA LoPro90, jambage il droit Jambage iliaque droit de l'endoprothèse aortique ANACONDA LoPro90 de la société VASCUTEK. ANACONDA LoPRo90 est une endoprothèse aortique modulaire et auto-expansible. REFERENCE PRISE EN CHARGE: AL12X060 - AL12X080 - AL12X100 - AL12X120 - AL12X140 - AL12X160 - AL12X180	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

3112231	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA LoPro90, jambage il évasé progressif Jambage iliaque évasé progressif de l'endoprothèse aortique ANACONDA LoPro90 de la société VASCUTEK. ANACONDA LoPRo90 est une endoprothèse aortique modulaire et auto-expansible. REFERENCE PRISE EN CHARGE : AFL1213x080 - AFL1213x110 - AFL1213x130 - AFL1213x150 - AFL1213x170 - AFL1215x080 - AFL1215x110 - AFL1215x130 - AFL1215x150 - AFL1215x170 - AFL1217x080 - AFL1217x110 - AFL1217x130 - AFL1217x150 - AFL1217x170 - AFL1219x085 - AFL1219x110 - AFL1219x130 - AFL1219x150 - AFL1219x170 - AFL1221x085 - AFL1221x110 - AFL1221x130 - AFL1221x150 - AFL1221x170 - AFL1223x090 - AFL1223x110 - AFL1223x130 - AFL1223x150 - AFL1223x170	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**
3125044	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA LoPro90, jambage il évasé dégressif Jambage iliaque évasé dégressif de l'endoprothèse aortique ANACONDA LoPro90 de la société VASCUTEK. ANACONDA LoPRo90 est une endoprothèse aortique modulaire et auto-expansible. REFERENCE PRISE EN CHARGE : ATL1210X080 - ATL1210X110 - ATL1210X130 - ATL1210X150 - ATL1210X170	**962,91**	**962,91**	**15-03-2026**

ANACONDA FENETREE

ANACONDA FENETREE est une endoprothèse aortique modulaire sur mesure et autoexpansible composée :
- d'un corps principal bifurqué sur mesure
- de deux jambages iliaques (un jambage ipsilatéral et un jambage controlatéral),
- d'un corps aorto-uniiliaque sur mesure correspondant à une endoprothèse tubulaire de composition identique à celle des corps bifurqués
- d'un module de coiffe aortique sur mesure

1. INDICATIONS

Prise en charge d'un 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 haut risque (cf annexe) conduisant à poser une contre-indication chirurgicale (chirurgie ouverte) :
- nécessitant un traitement
- avec un bilan morphologique préopératoire favorable à la mise en place d'une endoprothèse fenêtrée.
- 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

2. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

La mise en place des endoprothèses est réservée :
- A 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.
- 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.
- A 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 coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum 50 cas/an
- Endoprothèses fenêtrées : expérience de l'opérateur minimum de 6 ou les 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor).
Les patients concernés par cette technique sont considérés à haut risque. Ce 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 à se conformer au suivi est indispensable

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3123447	Endoprothèse aortique fenêtrée, Vascutek, ANACONDA FENETREE, corps principal bif. Corps principal bifurqué sur mesure ANACONDA FENETREE de la société VASCUTEK. REFERENCE PRISE EN CHARGE CFD99-999 99 correspond au diamètre principal du corps bifurqué et 999 correspond au nombre de dispositif réalisé dans ce diamètre	**14400,00**	**14400,00**	**31-01-2023**
3122755	Endoprothèse aortique fenêtrée, Vascutek, ANACONDA FENETREE, corps aorto-uni-iliaq Corps aorto-uniiliaque sur mesure ANACONDA FENETREE de la société VASCUTEK. REFERENCE PRISE EN CHARGE CFA9999-999 99 correspond au diamètre proximal et 99 correspond au diamètre distal et 999 correspond au nombre de dispositif réalisé	**14400,00**	**14400,00**	**31-01-2023**
3151194	Endoprothèse aortique fenêtrée, Vascutek, ANACONDA FENETREE, coiffe aortique Module de coiffe aortique sur mesure ANACONDA FENETREE de la société VASCUTEK. REFERENCE PRISE EN CHARGE CFC9999-999 99 correspond au diamètre proximal et 99 correspond au diamètre distal et 999 correspond au nombre de dispositif réalisé	**14400,00**	**14400,00**	**31-01-2023**

B. – Endoprothèses aortiques pour le traitement des pathologies de l'aorte thoracique descendante

Société VASCUTEK France (VASCUTEK)

Les prises en charge de RELAY PLUS, RELAY NBS PLUS, RELAY PRO et RELAY NBS PRO 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 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 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.
- Le système de l'endoprothèse RELAY PRO se compose d'une endoprothèse implantable et d'un système de pose.

L'endoprothèse RELAY PRO est une endoprothèse auto-expansible composée de stents en nitinol empilés en configuration tubulaire, et suturés à un tissu en polyester tissé. Le support longitudinal de l'endoprothèse est constitué d'une barre pré-courbée en nitinol attachée à la toile en polyester.
Une seule configuration de l'extrémité proximale est disponible. Elle est constituée par de 2 stents nitinol, un de forme sinusoïdal et un en forme de couronne, tous les deux non couverts. Les deux premiers ressorts proximaux ne sont pas connectés à cette barre pré-courbée. Ces endoprothèses ont des bandes de marquage radio-opaques en platine/iridium qui indiquent le bord du tissu et servent également de guide pour le positionnement de la barre pré-courbée.
Les endoprothèses RELAY PRO sont une évolution de la gamme des endoprothèses RELAY PLUS. Elles sont le résultat de modifications de structure et du système de pose.
La différence structurelle consiste au raccourcissement de la barre pré courbée. La bague de contrainte du système de déploiement est un anneau de friction permettant d'introduire le dispositif à des tailles comprises entre 19 F et 22 F et de 22 F et 26 F pour l'endoprothèse RELAY PLUS. De plus, le déploiement est réalisé par assistance mécanique pour les endoprothèses RELAY PRO.
- Le système de l'endoprothèse RELAY NBS PRO se compose d'une endoprothèse implantable et d'un système de pose.
L'endoprothèse RELAY NBS PRO est une endoprothèse auto-expansible composée de stents en nitinol empilés en configuration tubulaire, et suturés à un tissu en polyester tissé. Le support longitudinal de l'endoprothèse est constitué d'une barre pré-courbée en nitinol attachée à la toile en polyester.
Une seule configuration de l'extrémité proximale (configuration NBS) est disponible. Elle est constituée de 2 stents en nitinol, un de forme sinusoïdal et un en forme de couronne, tous les deux recouverts d'un tissu. Les deux premiers ressorts proximaux ne sont pas connectés à cette barre pré-courbée. Ces endoprothèses ont des bandes de marquage radio-opaques en platine/iridium qui indiquent le bord du tissu et servent également de guide pour le positionnement de la barre pré-courbée.
Les endoprothèses RELAY NBS PRO sont une évolution de la gamme des endoprothèses RELAY NBS PLUS. Elles sont le résultat de modifications de structure et du système de pose.
La différence structurelle consiste au raccourcissement de la barre pré-courbée. La bague de contrainte du système de déploiement est un anneau de friction permettant d'introduire le dispositif à des tailles comprises entre 19 F et 22 F et de 22 F et 26 F pour l'endoprothèse RELAY NBS PLUS. De plus, le déploiement est réalisé par assistance mécanique pour les endoprothèses RELAY NBS PRO. »
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3116269	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**4756,80**	**4756,80**	**31-10-2024**
3109565	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**7734,72**	**7734,72**	**31-10-2024**

3103611	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3103002	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3146164	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**7734,72**	**7734,72**	**31-10-2024**
3105774	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3136088	Endoprothèse aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3155312	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**4756,80**	**4756,80**	**31-10-2024**
3147117	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**7734,72**	**7734,72**	**31-10-2024**

3190389	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3182823	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3108896	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**7734,72**	**7734,72**	**31-10-2024**
3121282	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3105277	Endopro. Aortique tho., VASCUTEK, 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 VASCUTEK. 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.	**9281,28**	**9281,28**	**31-10-2024**
3149228	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl droit 100 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-22-090-22S, 28-M4-24-090-24S, 28-M4-26-095-26S, 28-M4-28-095-28S, 28-M4-30-095-30S, 28-M4-32-095-32S, 28-M4-34-100-34S, 28-M4-36-100-36S, 28-M4-38-100-38S, 28-M4-40-105-40S, 28-M4-42-105-42S, 28-M4-44-105-44S, 28-M4-46-105-46S.	**4756,80**	**4756,80**	**01-05-2024**

3142901	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl droit 150 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-22-150-22S, 28-M4-24-150-24S, 28-M4-26-155-26S, 28-M4-28-155-28S, 28-M4-30-155-30S, 28-M4-32-155-32S, 28-M4-34-145-34S, 28-M4-36-145-36S, 28-M4-38-145-38S, 28-M4-40-145-40S, 28-M4-42-150-42S, 28-M4-44-155-44S, 28-M4-46-155-46S.	**7734,72**	**7734,72**	**01-05-2024**
3123482	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl coniq 150 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-28-155-24S, 28-M4-30-155-26S, 28-M4-32-155-28S, 28-M4-34-145-30S, 28-M4-36-145-32S, 28-M4-38-145-34S,28-M4-40-145-36S,28-M4-42-150-38S, 28-M4-44-155-40S, 28-M4-46-155-42S.	**7734,72**	**7734,72**	**01-05-2024**
3160388	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl droit 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-22-190-22S, 28-M4-24-190-24S, 28-M4-26-195-26S, 28-M4-28-195-28S, 28-M4-30-200-30S, 28-M4-32-200-32S, 28-M4-34-200-34S, 28-M4-36-190-36S, 28-M4-38-190-38S, 28-M4-40-195-40S, 28-M4-42-195-42S, 28-M4-44-200-44S, 28-M4-46-200-46S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3191093	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl coniq 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-28-195-24S, 28-M4-30-200-26S, 28-M4-32-200-28S, 28-M4-34-200-30S, 28-M4-36-190-32S, 28-M4-38-190-34S, 28-M4-40-195-36S, 28-M4-42-195-38S,28-M4-44-200-40S, 28-M4-46-200-42S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3110440	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl droit 250 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-22-250-22S, 28-M4-24-250-24S, 28-M4-26-250-26S, 28-M4-28-250-28S, 28-M4-30-250-30S, 28-M4-32-250-32S, 28-M4-34-250-34S, 28-M4-36-250-36S, 28-M4-38-250-38S, 28-M4-40-250-40S, 28-M4-42-250-42S, 28-M4-44-250-44S, 28-M4-46-250-46S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3177940	Endoprothèse aortique tho, VASCUTEK, RELAY PRO, syst mod, corps cyl coniq 250 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-M4-28-250-24S, 28-M4-30-250-26S, 28-M4-32-250-28S, 28-M4-34-250-30S, 28-M4-36-250-32S, 28-M4-38-250-34S, 28-M4-40-250-36S, 28-M4-42-250-38S, 28-M4-44-250-40S, 28-M4-46-250-42S	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3122471	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl droit 100 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-22-099-22S, 28-N4-24-099-24S, 28-N4-26-104-26S, 28-N4-28-104-28S, 28-N4-30-104-30S, 28-N4-32-104-32S, 28-N4-34-109-34S, 28-N4-36-109-36S, 28-N4-38-109-38S, 28-N4-40-114-40S, 28-N4-42-114-42S, 28-N4-44-114-44S, 28-N4-46-114-46S.	**4756,80**	**4756,80**	**01-05-2024**
3188040	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl droit 150 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-22-159-22S, 28-N4-24-159-24S, 28-N4-26-164-26S, 28-N4-28-164-28S, 28-N4-30-164-30S, 28-N4-32-164-32S, 28-N4-34-154-34S, 28-N4-36-154-36S, 28-N4-38-154-38S, 28-N4-40-154-40S, 28-N4-42-159-42S, 28-N4-44-164-44S, 28-N4-46-164-46S.	**7734,72**	**7734,72**	**01-05-2024**

3159617	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl coniq 150 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-28-164-24S, 28-N4-30-164-26S, 28-N4-32-164-28S, 28-N4-34-154-30S, 28-N4-36-154-32S, 28-N4-38-154-34S, 28-N4-40-154-36S, 28-N4-42-159-38S, 28-N4-44-164-40S, 28-N4-46-164-42S.	**7734,72**	**7734,72**	**01-05-2024**
3181249	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl droit 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-22-199-22S, 28-N4-24-199-24S, 28-N4-26-204 26S, 28-N4-28-204-28S, 28-N4-30-209-30S, 28-N4-32-209-32S, 28-N4-34-209-34S, 28-N4-36-199-36S, 28-N4-38-199-38S, 28-N4-40-204-40S, 28-N4-42-204-42S, 28-N4-44-209-44S, 28-N4-46-209-46S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3143734	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl coniq 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-28-204-24S, 28-N4-30-209-26S, 28-N4-32-209-28S, 28-N4-34-209-30S, 28-N4-36-199-32S, 28-N4-38-199-34S, 28-N4-40-204-36S, 28-N4-42-204-38S, 28-N4-44-209-40S, 28-N4-46-209-42S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3120710	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl droit 250 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-22-259-22S, 28-N4-24-259-24S, 28-N4-26-259-26S, 28-N4-28-259-28S, 28-N4-30-259-30S, 28-N4-32-259-32S, 28-N4-34-259-34S, 28-N4-36-259-36S, 28-N4-38-259-38S, 28-N4-40-259-40S, 28-N4-42-259-42S, 28-N4-44-259-44S, 28-N4-46-259-46S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**
3176573	Endopro aortique tho, VASCUTEK, RELAY NBS PRO, syst mod, corps cyl coniq 250 mm Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PRO, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm, de la société VASCUTEK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 28-N4-28-259-24S, 28-N4-30-259-26S, 28-N4-32-259-28S, 28-N4-34-259-30S, 28-N4-36-259-32S, 28-N4-38-259-34S, 28-N4-40-259-36S, 28-N4-42-259-38S, 28-N4-44-259-40S, 28-N4-46-259-42S.	**9281,28**	**9281,28**	**01-05-2024**

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 suivats :

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3113450	Endoprothèse vasculaire, Cook, ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY . Endoprothèse vasculaire, ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY de la société Cook France. **DESCRIPTION** L'implant ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY est une endoprothèse vasculaire bifurquée avec un jambage iliaque homolatéral long et un jambage iliaque controlatéral court. INDICATION PRISE EN CHARGE Prise en charge des anévrismes thoraco-abdominaux de type I, II III et IV selon la classification de Crawford, chez les patients à haut risque opératoire. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 7 décembre 2020 limitant la pratique de l'acte limitant la pratique de l'acte de pose des endoprothèses vasculaires thoraco-abdominales dans le traitement des anévrismes thoraco-abdominaux de type I, II et III selon la classification de Crawford à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** UNIBODY-22-81 / UNIBODY-22-98 / UNIBODY-22-115 / UNIBODY-22-132 UNIBODY-24-81 / UNIBODY-24-98 / UNIBODY-24-115 / UNIBODY-24-132	**2700,00**	**2700,00**	**31-12-2025**
3141416	Endoprothèse vasculaire thoraco-abdominale, Cook, ZENITH T-BRANCH Endoprothèse vasculaire thoraco-abdominale, ZENITH T-BRANCH de la société Cook France. **DESCRIPTION** L'endoprothèse ZENITH T-BRANCH est une endoprothèse vasculaire tubulaire avec quatre jambages, et un stent couvert à l'extrémité proximale qui comporte des griffes. INDICATION PRISE EN CHARGE Prise en charge des anévrismes thoracoabdominaux de type I, II III et IV selon la classification de Crawford, chez les patients à haut risque opératoire. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 7 décembre 2020 limitant la pratique de l'acte limitant la pratique de l'acte de pose des endoprothèses vasculaires thoraco-abdominales dans le traitement des anévrismes thoraco-abdominaux de type I, II et III selon la classification de Crawford à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** TBRANCH-34-18-202	**11115,00**	**11115,00**	**31-12-2025**

Zenith TX1 et TX2

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3161063	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH TX2 DISSECTION PROFORM, sys mod, corps. Endoprothèse aortique thoracique ZENITH TX2 DISSECTION PROFORM, de forme dégressive ou droite, de la société COOK France. Indication exclusive prise en charge : Dissections aiguës de l'aorte thoracique descendante lorsqu'il existe une indication opératoire. Modalités de prescription et d'utilisation L'implantation des endoprothèses aortiques thoraciques ZENITH TX2 DISSECTION PROFORM doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) incluant : - La réalisation de l'implantation dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et	**5057,28**	**5057,28**	**15-04-2022**

	chirurgicaux, et disposant d'un plateau technique adéquat. - La mise en œuvre d'une réflexion multidisciplinaire, en particulier sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extra-corporelle (CEC). - La vérification de la présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur, permettant de poser l'endoprothèse. - La nécessité d'informer les patients des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles, que sont la chirurgie ouverte et la mise en place d'une endoprothèse aortique thoracique. La surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie. Références prises en charge ZDEG-P-22-117-PF ; ZDEG-P-22-79-PF ; ZDEG-P-24-117-PF ; ZDEG-P-24-79-PF ; ZDEG-P-26-136-PF ; ZDEG-P-26-79-PF ; ZDEG-P-28-142-PF ; ZDEG-P-28-202-PF ; ZDEG-P-28-82-PF ; ZDEG-P-30-142-PF ; ZDEG-P-30-202-PF ; ZDEG-P-30-82-PF ; ZDEG-P-32-142-PF ; ZDEG-P-32-202-PF ; ZDEG-P-32-82-PF ; ZDEG-P-34-154-PF ; ZDEG-P-34-204-PF ; ZDEG-P-34-79-PF ; ZDEG-P-36-154-PF ; ZDEG-P-36-204-PF ; ZDEG-P-36-79-PF ; ZDEG-P-38-154-PF ; ZDEG-P-38-204-PF ; ZDEG-P-38-79-PF ; ZDEG-P-40-164-PF ; ZDEG-P-40-218-PF ; ZDEG-P-40-83-PF ; ZDEG-P-42-164-PF ; ZDEG-P-42-218-PF ; ZDEG-P-42-83-PF ; ZDEG-PT-32-162-PF ; ZDEG-PT-32-202-PF ; ZDEG-PT-32-24-158-PF ; ZDEG-PT-32-24-196-PF ; ZDEG-PT-34-159-PF ; ZDEG-PT-34-199-PF ; ZDEG-PT-34-26-156-PF ; ZDEG-PT-34-26-194-PF ; ZDEG-PT-36-159-PF ; ZDEG-PT-36-199-PF ; ZDEG-PT-36-28-159-PF ; ZDEG-PT-36-28-199-PF ; ZDEG-PT-38-154-PF ; ZDEG-PT-38-204-PF ; ZDEG-PT-38-30-159-PF ; ZDEG-PT-38-30-199-PF ; ZDEG-PT-40-160-PF ; ZDEG-PT-40-210-PF ; ZDEG-PT-40-32-165-PF ; ZDEG-PT-40-32-205-PF ; ZDEG-PT-42-160-PF ; ZDEG-PT-42-210-PF ; ZDEG-PT-42-34-160-PF ; ZDEG-PT-42-34-210-PF ;			
3121046	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps prox cyl. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps proximal cylindrique de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : ZTA-P-24-105 ; ZTA-P-26-105 ; ZTA-P-28-109 / ZTA-P-28-155 / ZTA-P-28-201 ; ZTA-P-30-109 / ZTA-P-30-155 / ZTA-P-30-201 ; ZTA-P-32-109 / ZTA-P-32-155 / ZTA-P-32-201 ; ZTA-P-34-113 / ZTA-P-34-161 / ZTA-P-34-209 ; ZTA-P-36-113 / ZTA-P-36-161 / ZTA-P-36-209 ; ZTA-P-38-117 / ZTA-P-38-167 / ZTA-P-38-217 ; ZTA-P-40-117 / ZTA-P-40-167 / ZTA-P-40-217 ; ZTA-P-42-121 / ZTA-P-42-173 / ZTA-P-42-225 ; ZTA-P-44-125 / ZTA-P-44-179 / ZTA-P-44-233 et ZTA-P-46-125 / ZTA-P-46-179 / ZTA-P-46-233.	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3165345	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps proxi dég. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps proximal dégressif de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge :	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**

	ZTA-PT-32-28-178 / ZTA-PT-32-28-201 ; ZTA-PT-34-30-161 / ZTA-PT-34-30-209 ; ZTA-PT-36-32-161 / ZTA-PT-36-32-209 ; ZTA-PT-38-34-167 / ZTA-PT-38-34-217 ; ZTA-PT-40-36-167 / ZTA-PT-40-36-217 ; ZTA-PT-42-38-173 / ZTA-PT-42-38-225 ; ZTA-PT-44-40-179 / ZTA-PT-44-40-233 et ZTA-PT-46-42-179 / ZTA-PT-46-42-233			
3173735	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps distal. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps distal de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : ZTA-D-28-160 ; ZTA-D-30-160 ; ZTA-D-32-160 ; ZTA-D-34-142 / ZTA-D-34-190 ; ZTA-D-36-142 / ZTA-D-36-190 ; ZTA-D-38-147 / ZTA-D-38-197 ; ZTA-D-40-147 / ZTA-D-40-197 ; ZTA-D-42-152 / ZTA-D-42-204 ; ZTA-D-44-157 / ZTA-D-44-211 et ZTA-D-46-157 / ZTA-D-46-211.	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3122637	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, extension distale. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, extension distale de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : ZTA-DE-24-104 ; ZTA-DE-26-104 ; ZTA-DE-28-108 ; ZTA-DE-30-108 ; ZTA-DE-32-108 ; ZTA-DE-34-112 ; ZTA-DE-36-112 ; ZTA-DE-38-91 ; ZTA-DE-40-91 ; ZTA-DE-42-94 ; ZTA-DE-44-97 et ZTA-DE-46-97	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3112573	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps prox cyl surmes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps proximal cylindrique sur mesure de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : CMD-ZTA-P-F-XXXX-XXXXXX	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3194855	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps prox dég surmes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps proximal dégressif sur mesure de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : CMD-ZTA-PT-F-XXXX-XXXXXX	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3141250	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, corps dist cyl surmes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, corps distal cylindrique sur mesure de la société COOK France. Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : CMD-ZTA-D-F-XXXX-XXXXXX	**5057,28**	**5057,28**	**31-05-2025**
3156501	Endoprothèse aortique tho, COOK, ZENITH ALPHA, syst mod, extension dist surmes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH ALPHA, système modulaire, extension distale sur mesure de la société COOK France.	**2256,00**	**2256,00**	**31-05-2025**

	Indications exclusives : - anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ; - ulcères pénétrants en cas de complications. Références prise en charge : CMD-ZTA-DE-F-XXXX-XXXXXX			
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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**
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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**
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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**
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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**
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.	**5057,28**	**5057,28**	**02-05-2023**
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.	**4320,00**	**4320,00**	**02-05-2023**
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.	**2256,00**	**2256,00**	**02-05-2023**

ZENITH FENÊTRÉE ET MULTIBRANCHE

INDICATION PRISE EN CHARGE

Prise en charge des anévrismes thoracoabdominaux de type I, II et III selon la classification de Crawford, chez les patients à haut risque opératoire.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 7 décembre 2020 limitant la pratique de l'acte limitant la pratique de l'acte de pose des endoprothèses vasculaires thoraco-abdominales dans le traitement des anévrismes thoraco-abdominaux de type I, II et III selon la classification de Crawford à certains établissements de santé en

application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes:

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3159652	Endoprothèse aortique multibranche, Cook, ZENITH multibranche DESCRIPTION Les endoprothèses vasculaires ZENITH multibranche sont des systèmes modulaires constitués d'un corps proximal, et de composants tubulaires. ZENITH multibranche peut être utilisée conjointement avec d'autres dispositifs aortiques ZENITH. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour la référence BRANCH-DESCENDING-THORACOABDOMINAL DEVICE. Cette référence est constituée de plusieurs sous-composants dont un corps proximal, une extension thoracique et si nécessaire un corps distal abdominal: Corps principal – THORACOABDOMINAL-SIDE-BRANCH Extension thoracique – DISTAL-THORACIC-EXT – THORACIC-EXT – PROXIMAL-THORACIC – PROXIMAL-THORACIC-EXT – DISTAL-THORACIC Corps distal abdominal – AAA-BIFURCATED-GRAFT – AAA-BODY-INVERTED-LEG – AAA-DIST-BODY -INVERTED-LEG	**14400,00**	**14400,00**	**31-12-2025**

3154904	Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH fenêtrée DESCRIPTION Les endoprothèses vasculaires ZENITH fenêtrée sont des systèmes modulaires constitués d'un corps proximal, et de composants tubulaires. ZENITH fenêtrée peut être utilisée conjointement avec d'autres dispositifs aortiques ZENITH. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour la référence FENESTRATED-DESCENDING-THORACOABDOMINAL DEVICE. Cette référence est constituée de plusieurs sous-composants dont un corps proximal, une extension thoracique et si nécessaire un corps distal abdominal : Corps principal – FEN-THORACO-ABDOMINAL-GRAFT ou – PRE-LOADED-FENESTRATED-PROX Extension thoracique – DISTAL-THORACIC-EXT – THORACIC-EXT – PROXIMAL-THORACIC – PROXIMAL-THORACIC-EXT – DISTAL-THORACIC Corps distal abdominal – AAA-BIFURCATED-GRAFT – AAA-BODY-INVERTED-LEG – AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG	**14400,00**	**14400,00**	**31-12-2025**

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 €TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**4756,80**	**4756,80**	**15-01-2024**

3154034	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, syst mod, prox freeflo 150mm. 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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FreeFlo Droite : VAMF2222C150TE – VAMF2424C150TE – VAMF2626C150TE – VAMF2828C150TE – VAMF3030C150TE – VAMF3232C150TE – VAMF3434C150TE – VAMF3636C150TE – VAMF3838C150TE – VAMF4040C150TE – VAMF4242C150TE – VAMF4444C150TE – VAMF4646C150TE. FreeFlo Effilée : VAMF2622C150TE – VAMF2824C150TE – VAMF3026C150TE – VAMF3228C150TE – VAMF3430C150TE – VAMF3632C150TE – VAMF3834C150TE – VAMF4036C150TE – VAMF4238C150TE – VAMF4440C150TE – VAMF4642C150TE.	**7734,72**	**7734,72**	**15-01-2024**
3177466	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, 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.	**9281,28**	**9281,28**	**15-01-2024**
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.	**4756,80**	**4756,80**	**15-01-2024**
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.	**7734,72**	**7734,72**	**15-01-2024**

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.	**9281,28**	**9281,28**	**15-01-2024**
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.	**4756,80**	**4756,80**	**15-01-2024**
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.	**7734,72**	**7734,72**	**15-01-2024**
3198333	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, prox freeflo 100mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale FreeFlo et une extrémité distale CoveredSeal. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'extrémité proximale d'une endoprothèse FreeFlo ne doit jamais être placée à l'intérieur de la section couverte d'une autre endoprothèse sous peine d'entrainer l'abrasion du revêtement par le stent nu. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VNMF2020C96TE ; VNMF2222C96TE ; VNMF2525C96TE ; VNMF2828C97TE ; VNMF3131C97TE ; VNMF3434C97TE ; VNMF3737C97TE ; VNMF4040C103TE ; VNMF4343C103TE ; VNMF4646C103TE	**4806,35**	**4 806,35**	**31-07-2022**
3198570	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, prox freeflo 150mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale FreeFlo et une extrémité distale CoveredSeal. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'extrémité proximale d'une endoprothèse FreeFlo ne doit jamais être placée à l'intérieur de la section couverte d'une autre endoprothèse sous peine d'entrainer l'abrasion du revêtement par le stent nu. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FreeFlo : VNMF2828C174TE ; VNMF3131C174TE ; VNMF3434C174TE ; VNMF3737C174TE FreeFlo effilée : VNMF2822C173TE ; VNMF3125C173TE ; VNMF3428C173TE ; VNMF3731C173TE	**7815,29**	**7 815,29**	**31-07-2022**

3139709	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, prox freeflo 200mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale FreeFlo et une extrémité distale CoveredSeal. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'extrémité proximale d'une endoprothèse FreeFlo ne doit jamais être placée à l'intérieur de la section couverte d'une autre endoprothèse sous peine d'entrainer l'abrasion du revêtement par le stent nu. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FreeFlo : VNMF4040C183TE ; VNMF4343C183TE ; VNMF4646C183TE ; VNMF2222C185TE ; VNMF2525C185TE FreeFlo effilée : VNMF2520C185TE ; VNMF4034C185TE ; VNMF4337C185TE ; VNMF4640C185TE ; VNMF4040C223TE ; VNMF4343C223TE ; VNMF4646C223TE ; VNMF3131C229TE ; VNMF3434C229TE ; VNMF3737C229TE	**9377,96**	**9 377,96**	**31-07-2022**
3171506	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, coveredseal 100mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale et une extrémité distale CoveredSeal. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VNMC2828C90TE ; VNMC3131C90TE ; VNMC3434C90TE ; VNMC3737C90TE ; VNMC2020C94TE ; VNMC2222C94TE ; VNMC2525C94TE ; VNMC4040C95TE ; VNMC4343C95TE ; VNMC4646C95TE	**4806,35**	**4 806,35**	**31-07-2022**
3166391	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, coveredseal 150mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale et une extrémité distale CoveredSeal. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VNMC4040C175TE ; VNMC4343C175TE ; VNMC4646C175TE	**7815,29**	**7 815,29**	**31-07-2022**
3142054	Endoprothèse aort tho., MEDTRONIC, VALIANT NAVION, syst mod, coveredseal 200mm. Endoprothèse aortique thoracique VALIANT CAPTIVIA, système modulaire avec une extrémité proximale et une extrémité distale CoveredSeal. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE CoveredSeal : VNMC2222C180TE ; VNMC2525C180TE ; VNMC2828C182TE ; VNMC3131C182TE ; VNMC3434C182TE ; VNMC3737C182TE CoveredSeal effilée : VNMC2520C186TE ; VNMC4034C200TE ; VNMC4337C200TE ; VNMC4640C200TE ; VNMC2822C207TE ; VNMC3125C207TE ; VNMC3428C207TE ; VNMC3731C207TE ; VNMC4040C218TE ; VNMC4343C218TE ; VNMC4646C218TE ; VNMC3131C223TE ; VNMC3434C223TE ; VNMC3737C223TE	**9377,96**	**9 377,96**	**31-07-2022**

Société WL Gore & Associés (GORE)

La prise en charge de 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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3121170	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 100mm. Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGM212110E, TGM262610E, TGM282810E, TGM313110E, TGM343410E, TGM373710E, TGM404010E, TGM454510E. TGMR313110E, TGMR373710E, TGMR404010E.	**4756,80**	**4756,80**	**01-03-2025**
3105969	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 150mm. Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 150 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGM212115E, TGM262615E, TGM282815E, TGM313115E, TGM343415E, TGM373715E, TGM404015E, TGM454515E. TGMR313115E, TGMR373715E, TGMR404015E.	**7734,72**	**7734,72**	**01-03-2025**
3134362	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 200mm. Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 200 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGM212120E, TGM262620E, TGM282820E, TGM313120E, TGM343420E, TGM373720E, TGM404020E, TGM454520E. TGMR313120E, TGMR373720E, TGMR404020E.	**9281,28**	**9281,28**	**01-03-2025**
3107537	Endoprothèse aort tho., système mod, dégressif, GORE, Conformable-TAG, 100mm Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps dégressif de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGM262110E, TGM312610E, TGMR312610E.	**4756,80**	**4756,80**	**01-03-2025**

C. – 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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3120621	Endoprothèse veineuse, BOSTON, WALLSTENT. 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	**750,00**	**750,00**	**01-12-2024**

	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 ; - diamètre 22 mm : M001731620, M001731630, M001731640 ; - diamètre 24 mm : M001731650, M001731660, M001731670.			

D. – Endoprothèses artérielles des lésions de l'artère poplitée, des artères sous-poplitées et fémoro-poplitées

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3119210	Endoprothèse périphérique, stent lib éverolimus, Abbott, XIENCE PRIME BTK Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus XIENCE PRIME BTK de la société ABBOTT MEDICAL 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	**830,00**	**830,00**	**01-12-2024**

CID S.p.A (CID)

Société Boston Scientific SAS (Boston)

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3150243	Endoprothèse périphérique, stent lib paclitaxel, BOSTON, ELUVIA, 75 cm Endoprothèse artérielle périphérique à libération de paclitaxel ELUVIA avec système de mise en place de longueur 75 cm de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. INDICATION PRISE EN CHARGE : 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 6 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'endoprothèse ELUVIA est disponible en diamètres : 6, 7 mm. Les longueurs disponibles sont : 40, 60, 80, 100 et 120 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE : H74939295600470 (6 mm x 40 mm) ; H74939295600670 (6 mm x 60 mm) ; H74939295600870 (6 mm x 80 mm) ; H74939295601070 (6 mm x 100 mm) ; H74939295601270 (6 mm x 120 mm) ; H74939295700470 (7 mm x 40 mm) ; H74939295700670 (7 mm x 60 mm) ; H74939295700870 (7 mm x 80 mm) ; H74939295701070 (7 mm x 100 mm) ; H74939295701270 (7 mm x 120 mm).	**830,00**	**830,00**	**30-09-2024**

3158569	Endoprothèse périphérique, stent lib paclitaxel, BOSTON, ELUVIA, 130 cm Endoprothèse artérielle périphérique à libération de paclitaxel ELUVIA avec système de mise en place de longueur 130 cm de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. INDICATION PRISE EN CHARGE : 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 6 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'endoprothèse ELUVIA est disponible en diamètres : 6, 7 mm. Les longueurs disponibles sont : 40, 60, 80, 100 et 120 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE : H74939295600410 (6 mm x 40 mm) ; H74939295600610 (6 mm x 60 mm) ; H74939295600810 (6 mm x 80 mm) ; H74939295601010 (6 mm x 100 mm) ; H74939295601210 (6 mm x 120 mm) ; H74939295700410 (7 mm x 40 mm) ; H74939295700610 (7 mm x 60 mm) ; H74939295700810 (7 mm x 80 mm) ; H74939295701010 (7 mm x 100 mm) ; H74939295701210 (7 mm x 120 mm).	**830,00**	**830,00**	**30-09-2024**
3101397	Endoprothèse périph., stent lib. Evérolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER MONORAIL BTK. Endoprothèse périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place monorail existant en plusieurs tailles et diamètres 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 : H74939279220810, H74939279250810, H74939279270810, H74939279300810, H74939279350810, H74939279400810, H74939279221210, H74939279251210, H74939279271210, H74939279301210, H74939279351210, H74939279401210, H74939279221610, H74939279251610, H74939279271610, H74939279301610, H74939279351610, H74939279401610, H74939279222010, H74939279252010, H74939279272010, H74939279302010, H74939279352010, H74939279402010, H74939279222410, H74939279252410, H74939279272410, H74939279302410, H74939279352410, H74939279402410, H74939279222810, H74939279252810, H74939279272810, H74939279302810, H74939279352810, H74939279402810, H74939279223210, H74939279253210, H74939279273210, H74939279303210, H74939279353210, H74939279403210, H74939279253810, H74939279273810, H74939279303810,H74939279353810, H74939279403810	**830,00**	**830,00**	**01-12-2024**

3180362	Endopro. Périph., stent lib. Evérolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER OTW BTK. Endoprothèse périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place Over the Wire existant en plusieurs tailles et diamètres 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 : H74939280220810, H74939280250810, H74939280270810, H74939280300810, H74939280350810, H74939280400810, H74939280221210, H74939280251210, H74939280271210, H74939280301210, H74939280351210, H74939280401210, H74939280221610, H74939280251610, H74939280271610, H74939280301610, H74939280351610, H74939280401610, H74939280222010, H74939280252010, H74939280272010, H74939280302010, H74939280352010, H74939280402010, H74939280222410, H74939280252410, H74939280272410, H74939280302410, H74939280352410, H74939280402410, H74939280222810, H74939280252810, H74939280272810, H74939280302810, H74939280352810, H74939280402810, H74939280223210, H74939280253210, H74939280273210, H74939280303210, H74939280353210, H74939280403210, H74939280253810, H74939280273810, H74939280303810, H74939280353810, H74939280403810.	**830,00**	**830,00**	**01-12-2024**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3126109	Endoprothèse artérielle couverte, GORE, VIABAHN. La prise est en charge est assurée pour les références suivantes : PAC050202 ; PAC050502 ; PAC051002 ; PAC051502 ; PAC060201 ; PAC060202 ; PAC060501 ; PAC060502 ; PAC061001 ; PAC061002 ; PAC061501 ; PAC061502 ; PAC070201 ; PAC070202 ; PAC070501 ; PAC070502 ; PAC071001 ; PAC071002 ; PAC071501 ; PAC071502 ; PAC080201 ; PAC080202 ; PAC080501 ; PAC080502 ; PAC081001 ; PAC081002 ; PAC081501 ; PAC081502 ; PAC090502 ; PAC091002 ; PAC091502 ; PAC100502 ; PAC101002 ; PAC101502 ; PAC110502 ; PAC111002 ; PAC130502 ; PAC131002 ; PACR050202E ; PACR050502E ; PACR051002E ; PACR051502E ; PACR060202E ; PACR060501E ; PACR060502E ; PACR061001E ; PACR061002E ; PACR061501E ; PACR061502E ; PACR070202E ; PACR070501E ; PACR070502E ; PACR071001E ; PACR071002E ; PACR071501E ; PACR071502E ; PACR080202E ; PACR080501E ; PACR080502E ; PACR081001E ; PACR081002E ; PACR081501E ; PACR081502E ; PAC090502E ; PAC091002E ; PAC091502E ; PAC100502E ; PAC101002E ; PAC101502E ; PAC110502E ; PAC111002E ; PAC130502E ; PAC131002E.	**1800,00**	**1800,00**	**15-09-2022**

Société Cook France (COOK)

Code	Nomenclature	TARIF € TTC	PLV € TTC	Date de fin de prise en charge
3141310	Endoprothèse périphérique, stent lib paclitaxel, Cook, ZILVER PTX Endoprothèse vasculaire périphérique, stent à libération de principe actif (paclitaxel) ZILVER PTX de la société Cook France. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : 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 7 mm après échec de l'angioplastie par ballonnet. Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'endoprothèse est préchargée dans un cathéter de largage de 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 mm. Les longueurs disponibles sont : 40, 60, 80, 100, 120 et 140 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Système d'introduction 80 cm de Zilver PTX 6 Fr : ZISV6-35-80-5.0-40-PTX, ZISV6-35-80-5.0-60-PTX, ZISV6-35-80-5.0-80-PTX, ZISV6-35-80-5.0-100-PTX, ZISV6-35-80-5.0-120-PTX, ZISV6-35-80-6.0-40-PTX, ZISV6-35-80-6.0-60-PTX, ZISV6-35-80-6.0-80-PTX, ZISV6-35-80-6.0-100-PTX,	**830,00**	**830,00**	**30-09-2024**

	ZISV6-35-80-6.0-120-PTX, ZISV6-35-80-7.0-40-PTX ,ZISV6-35-80-7.0-60-PTX ,ZISV6-35-80-7.0-80-PTX ,ZISV6-35-80-7.0-100-PTX, ZISV6-35-80-7.0-120-PTX, ZISV6-35-80-8.0-40-PTX, ZISV6-35-80-8.0-60-PTX, ZISV6-35-80-8.0-80-PTX, ZISV6-35-80-8.0-100-PTX, ZISV6-35-80-8.0-120-PTX, ZISV6-35-80-5.0-140-PTX, ZISV6-35-80-6.0-140-PTX, ZISV6-35-80-7.0-140-PTX Système d'introduction 125 cm de Zilver PTX 6 Fr : ZISV6-35-125-5.0-40-PTX, ZISV6-35-125-5.0-60-PTX, ZISV6-35-125-5.0-80-PTX, ZISV6-35-125-5.0-100-PTX, ZISV6-35-125-5.0-120-PTX, ZISV6-35-125-6.0-40-PTX, ZISV6-35-125-6.0-60-PTX, ZISV6-35-125-6.0-80-PTX, ZISV6-35-125-6.0-100-PTX, ZISV6-35-125-6.0-120-PTX, ZISV6-35-125-7.0-40-PTX, ZISV6-35-125-7.0-60-PTX, ZISV6-35-125-7.0-80-PTX, ZISV6-35-125-7.0-100-PTX, ZISV6-35-125-7.0-120-PTX, ZISV6-35-125-8.0-40-PTX, ZISV6-35-125-8.0-60-PTX, ZISV6-35-125-8.0-80-PTX, ZISV6-35-125-8.0-100-PTX, ZISV6-35-125-8.0-120-PTX, ZISV6-35-125-5.0-140-PTX, ZISV6-35-125-6.0-140-PTX, ZISV6-35-125-7.0-140-PTX			

Paragraphe 5 : Stent intracrânien auto-expansible

INDICATIONS PRISES EN CHARGE
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 formées à ces procédures et en association avec des microspires à libération contrôlée.
Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants :
- décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique,
- décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).
RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :
La prise en charge est assurée pour les stents intracrâniens suivants :

Société Balt Extrusion (Balt)

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3101316	Stent intracrânien auto-expansible, BALT, LEO +. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 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. LEO 2.0x08 ; LEO 2.0x12 ; LEO 2.0x15 ; LEO 2.0x18 ; LEO 2.0x25 ; LEO 2.5x25 ; LEO 2.5x30 ; LEO 2.5x35 ; LEO 3.0x12 ; LEO 3.0x18 ; LEO 3.0x25 ; LEO 3.0x35 ; LEO 3.5x30 ; LEO 3.5x35 ; LEO 3.5x50 ; LEO 4.5 x15 ; LEO 4.5x75 ; LEO 5.5x60	**2755,00**	**2755,00**	**30-04-2024**

Société STRYCKER France SAS (STRYCKER)

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3109513	Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM 3. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003E3250100, M003E3250150, M003E3250200, M003E3300100, M003E3300150, M003E3300200, M003E3300300, M003E3350100, M003E3350150, M003E3350200, M003E3350300, M003E3400100, M003E3400150, M003E3400200, M003E3400300, M003E3450100, M003E3450150, M003E3450200, M003E3450300.	**2755,00**	**2755,00**	**30-08-2020**
3114750	Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM EZ 3. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003EN3E35100, M003EN3E45100, M003EN3E25150, M003EN3E30150, M003EN3E35150, M003EN3E40150, M003EN3E45150, M003EN3E25200, M003EN3E30200, M003EN3E35200, M003EN3E40200, M003EN3E45200, M003EN3E30300, M003EN3E35300, M003EN3E40300, M003EN3E45300.	**2755,00**	**2755,00**	**30-08-2020**
3129450	Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM ATLAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003EZAS30150, M003EZAS30240, M003EZAS40150, M003EZAS40240, M003EZAS45210, M003EZAS45300, M003EZAS30210, M003EZAS30300, M003EZAS40210, M003EZAS40300, M003EZAS45150, M003EZAS45240	**2755,00**	**2755,00**	**15-01-2022**

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS (J&J)

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3163346	Stent intrâcranien auto-expansible, ENTERPRISE de la Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS., division CERENOVUS. Stent intracrânien auto-expansible, J&J, ENTERPRISE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ENC451412, ENC452212, ENC452812, ENC453712, ENC451425, ENC452225, ENC452825, ENC453725, ENC451400, ENC452200, ENC452800 et ENC453700	**2755,00**	**2755,00**	**15-12-2020**
3148648	Stent intrâcranien auto-expansible, ENTERPRISE 2 de la Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS., division CERENOVUS Stent intracrânien auto-expansible, J&J, ENTERPRISE 2. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ENC401612, ENC402312, ENC403012, ENC403912, ENC401600, ENC402300, ENC403000, ENC403900	**2755,00**	**2755,00**	**15-01-2022**

Société MICROVENTION

CODE	RÉFÉRENCE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3190455	Stent intracrânien auto-expansible, MICROVENTION, LVIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 212517-CAS, 212525-CAS, 213015-CAS, 213025-CAS, 213041-CAS, 214035-CAS, 214049-CAS, 212912-CAS, 212917-CAS, 212922-CAS, 212928-CAS, 212931-CAS.	**2755,00**	**2755,00**	**15-05-2022**
3118363	Stent intracrânien auto-expansible, MICROVENTION, LVIS EVO. Stent intrâcranien auto-expansible, LVIS EVO de la société MICROVENTION. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LEV2512; LEV2517; LEV2522; LEV2527; LEV3018; LEV3024; LEV3028; LEV3032; LEV3517; LEV3522; LEV3528; LEV3534; LEV4013; LEV4018; LEV4021; LEV4027; LEV4031	**2755,00**	**2755,00**	**15-05-2022**
3186525	Stent intracrânien auto-expansible, MICROVENTION, LVIS JUNIOR. REFERENCES PRISES EN CHARGE 172010-CASJ, 172014-CASJ, 172020-CASJ, 172032-CASJ, 172516-CASJ, 172524-CASJ, 172530-CASJ, 172537-CASJ.	**2755,00**	**2755,00**	**15-05-2022**

Paragraphe 6 : Endoprothèse intra-hépatique

Société WL Gore et associés SARL (Gore)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3151372	Endoprothèse intra-hépatique, Gore, VIATORR TIPS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Traitement des complications de l'hypertension portale dans les situations suivantes : - hémorragies par rupture de varices œsophagiennes ou gastriques, récidivantes malgré un traitement conventionnel bien conduit et les ascites réfractaires. - mise en place d'une anastomose intrahépatique portocave par voie transjugulaire 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 MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de l'endoprothèse doit être réalisée dans des centres possédant un plateau technique de radiologie vasculaire et interventionnelle avec des opérateurs entraînés aux actes radiologiques d'intervention hépatique, y compris les procédures TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), et disposant d'un environnement médico-chirurgical hépato-gastro-entérologique y compris de transplantation hépatique. REFERENCES PRISES EN CHARGE PT084275, PT085275, PT086275, PT087275, PT088275, PT104275, PT105275, PT106275, PT107275, PT108275, PT8104275, PT8105275, PT8106275, PT8107275, PT8108275.	**2477,52**	**2477,52**	**30-05-2022**

Paragraphe 7 : Implants d'embolisation artérielles (pour fistule artérioveineuse, tumeur, anévrisme ....)

Génériques

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3123690	Implant d'embolisation artérielle métallique poussé, artères périphériques.	**90,37**	**90,37**	**31/07/2018**

	Implant pour l'occlusion des artères périphériques			
3183142	Implant d'embolisation artérielle à détachement mécanique	**330,93**	**330,93**	**31/07/2018**
3162217	Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de diamètre constant. Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	**597,84**	**597,84**	**31/07/2018**
3121661	Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de forme complexe. Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	**681,26**	**681,26**	**31/07/2018**
3106087	Implant d'embolisation artérielle non métallique (1 ml). Implant constitué de particules synthétiques	**65,17**	**65,17**	**31/07/2018**
3136378	Implant d'embolisation artérielle non métallique (2 ml). Implant constitué de particules synthétiques	**124,45**	**124,45**	**31/07/2018**

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS (J&J)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3184839	Micro-spires, ORBIT GALAXY, forme simple, J&J Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY, formes simples, de la Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division CERENOVUS. INDICATIONS 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. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'utilisation doit être réservée à des équipes compétentes. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). REFERENCES PRISES EN CHARGE 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,	**629,31**	**629,31**	**15-01-2023**

	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.			
3105604	Micro-spires, ORBIT GALAXY, forme complexe, J&J Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY, formes complexes et mini complexes, de la Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division CERENOVUS. INDICATIONS 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. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'utilisation doit être réservée à des équipes compétentes. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). REFERENCES PRISES EN CHARGE 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. - 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.	**717,12**	**717,12**	**15-01-2023**

	FORMES MINI COMPLEXES : - ORBIT GALAXY Mini Complex Fill : 640CF0201, 640CF0202, 640CF2525, 640CF2535, 640CF2545, 640CF2505, 640CF0303, 640CF0304, 640CF0305, 640CF0306, 640CF0307, 640CF0308, 640CF3505, 640CF3575, 640CF3509, 640CF3515.			

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

ONYX et ONYX LES

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3102066	Implant d'embolisation liquide, MEDTRONIC, 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. REFERENCES prises 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 artério-veineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION d'ONYX La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. Les conditions techniques de fonctionnement, les conditions d'implantation et applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie doivent être conformes aux dispositions prévues dans les décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique et décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité minimale annuelle des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie est fixée par site à 80 interventions portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. 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	**581,40**	**581,40**	**15-05-2021**

	traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale. REFERENCES prises en charge pour ONYX LES - ONYX LES : 105-7200-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %). MODALITES 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, MEDTRONIC, 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 intracrâniennes. REFERENCE 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 artério-veineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION d'ONYX La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. Les conditions techniques de fonctionnement, les conditions d'implantation et applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie doivent être conformes aux dispositions prévues dans les décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique et décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité minimale annuelle des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie est fixée par site à 80 interventions portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne.	**581,40**	**581,40**	**15-05-2021**
3163369	Implant d'embolisation liquide, MEDTRONIC, 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. REFERENCES prises 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 artério-veineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION d'ONYX La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. Les conditions techniques de fonctionnement, les conditions d'implantation et applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie doivent être conformes aux dispositions prévues dans les décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé	**581,40**	**581,40**	**15-05-2021**

	publique et décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité minimale annuelle des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie est fixée par site à 80 interventions portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. 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. REFERENCES prises en charge pour ONYX LES - ONYX LES : 105-7200-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %) - ONYX LES 105-7315-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION d'ONYX LES La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.			
3143326	Implant d'embolisation liquide, MEDTRONIC, ONYX LES 34L Chaque conditionnement d'ONYX LES 34 L en flacon de 6 ml comprend : - un flacon de 6 ml d'ONYX LES 34 L ; - un flacon de 1,5 ml de DMSO ; - sept seringues d'injection d'ONYX LES 34 L de 1 ml ; - une seringue de DMSO de 1 ml. INDICATIONS D'ONYX LES 34L - 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 34L - ONYX LES 34L (flacon de 6ml) : 105-7360-080 (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	**1976,76**	**1976,76**	**15-05-2021**

Société BALT Extrusion (BALT)

SILK + (mono-diamètre et bi-diamètres), SILK VISTA, SILK VISTA BABY

SILK+, SILK VISTA et SILK VISTA BABY sont des stents intracrânien auto-expansible à largage contrôlé (dit stent flow diverter) de la société BALT Extrusion.

SILK+ est disponible sous forme mono-diamètre avec des extrémités évasées ainsi que sous forme bi-diamètre avec des extrémités non évasées. SILK VISTA est disponible sous forme mono-diamètre sans extrémités évasées. SILK VISTA BABY est disponible sous forme mono-diamètre avec extrémités évasées.

DESCRIPTION

Les systèmes de mise en place du comprennent:

– Un stent auto-expansible en nitinol (SILK+, SILK VISTA ou SILK VISTA BABY) et un système d'insertion. Le système d'insertion est composé d'un guide d'insertion et d'un

introducteur. Le stent flow diverter est préalablement chargé sur le guide d'insertion, à l'intérieur de l'introducteur.
La mise en place du stent flow diverter nécessite l'utilisation des composants suivants:
– Un microcathéter armé de mise en place.
– Un raccord Y à valve permettant le positionnement du tube introducteur au contact de l'embase du microcathéter.
– Un torqueur.

INDICATION PRISE EN CHARGE

Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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). Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue. Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risque vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Conformément au décret no 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovas-culaires sont précisées dans les décrets suivants
: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique;
– décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).
L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie.
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.
SILK+, SILK VISTA ou SILK VISTA BABY doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi.
La décision de mise en oeuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3171618	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 2,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK2,0x10 ; SILK2,0x15 ; SILK2,0x20	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3135321	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 2,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK2,5x10 ; SILK2,5x15 ; SILK2,5x20 ; SILK2,5x25 ; SILK2,5x30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3153000	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK3,0x10 ; SILK3,0 x15 ; SILK3,0x20 ; SILK3,0x25 ; SILK3,0x30 ; SILK3,0x40	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3151018	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 3,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK3,5x10 ; SILK3,5x15 ; SILK3,5x20 ; SILK3,5x25 ; SILK3,5x30 ; SILK3,5x35	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3127244	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 4,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK4,0 x15 ; SILK4,0x20 ; SILK4,0x25 ; SILK4,0x30 ; SILK4,0x35 ; SILK4,0x40	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3183930	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 4,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK4,5 x15 ; SILK4,5x20 ; SILK4,5x25 ; SILK4,5x30 ; SILK4,5x35 ; SILK4,5x40	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3106006	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 5,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK5,0x20 ; SILK5,0x25 ; SILK5,0x30 ; SILK5,0x40 ; SILK5,0x50	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**

3101470	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + mono-diamètre, diam 5,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK5,5x25 ; SILK5,5x30 ; SILK5,5x40 ; SILK5,5x50	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3108726	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + bi-diamètres, diam P4,00 - D3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILKP4,0D3,0x30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3160224	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + bi-diamètres, diam P4,50 - D3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILKP4,5D3,0x25	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3162996	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK + bi-diamètres, diam P4,50 - D3,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILKP4,5D3,5x30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3138897	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 3,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_3,50X15; SILK_V_3,50X20; SILK_V_3,50X25; SILK_V_3,50X30; SILK_V_3,50X35; SILK_V_3,50X40	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3164096	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 3,75 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_3,75X15; SILK_V_3,75X20; SILK_V_3,75X25; SILK_V_3,75X30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3190366	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 4,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_4,00X15; SILK_V_4,00X20; SILK_V_4,00X25; SILK_V_4,00X30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3183395	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 4,25 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_4,25X15; SILK_V_4,25X20; SILK_V_4,25X25 SILK_V_4,25X30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3114879	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 4,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_4,50X15; SILK_V_4,50X20; SILK_V_4,50X25; SILK_V_4,50X30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3179560	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA, diam 4,75 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_4,75X15; SILK_V_4,75X20; SILK_V_4,75X25; SILK_V_4,75X30	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3152911	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA BABY, diam 2,25 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_2,25X10; SILK_V_2,25X15; SILK_V_2,25X20	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3162039	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA BABY, diam 2,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_2,50X10; SILK_V_2,50X15; SILK_V_2,50X20	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3144975	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA BABY, diam 2,75 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_2,75X10; SILK_V_2,75X15; SILK_V_2,75X20; SILK_V_2,75X25	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**
3102273	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA BABY, diam 3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_3,00X10; SILK_V_3,00X15; SILK_V_3,00X20; SILK_V_3,00X25	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**

3146431	Endoprothèse pour embolisation, BALT, SILK VISTA BABY, diam 3,25 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SILK_V_3,25X10; SILK_V_3,25X15; SILK_V_3,25X20; SILK_V_3,25X25	**8496,88**	**8496,88**	**15-06-2025**

PIPELINE FLEX avec SHIELD technology

DESCRIPTION

Le système de déviateur de flux PIPELINE FLEX avec SHIELD technology est composé d'un stent tressé auto-expansible associé à un système de mise en place basé sur un fil guide.

INDICATION PRISE EN CHARGE

Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontané supérieur au risque de la procédure 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).

Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue.

Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié.

Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants :

- décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique,
- décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).

L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie.

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 FLEX avec SHIELD technology doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi.

La décision de mise en œuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3134847	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 2,5 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 2,5 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-250-10 ; PED2-250-12 ; PED2-250-14 ; PED2-250-16 ; PED2-250-18 ; PED2-250-20	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3187269	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 2,75 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 2,75 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-275-10 ; PED2-275-12 ; PED2-275-14 ; PED2-275-16 ; PED2-275-18 ; PED2-275-20.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3115241	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 3,0 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 3,0 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-300-10 ; PED2-300-12 ; PED2-300-14 ; PED2-300-16 ; PED2-300-18 ; PED2-300-20 ; PED2-300-25 ; PED2-300-30 ; PED2-300-35	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**

3186212	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 3,25 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 3,25 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-325-10 ; PED2-325-12 ; PED2-325-14 ; PED2-325-16 ; PED2-325-18 ; PED2-325-20 ; PED2-325-25 ; PED2-325-30 ; PED2-325-35	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3150289	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 3,5 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 3,5 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-350-10 ; PED2-350-12 ; PED2-350-14 ; PED2-350-16 ; PED2-350-18 ; PED2-350-20 ; PED2-350-25 ; PED2-350-30 ; PED2-350-35.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3110723	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 3,75 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 3,75 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-375-10 ; PED2-375-12 ; PED2-375-14 ; PED2-375-16 ; PED2-375-18 ; PED2-375-20 ; PED2-375-25 ; PED2-375-30 ; PED2-375-35	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3125759	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 4,0 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 4,0 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-400-10 ; PED2-400-12 ; PED2-400-14 ; PED2-400-16 ; PED2-400-18 ; PED2-400-20 ; PED2-400-25 ; PED2-400-30 ; PED2-400-35.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3121158	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 4,25 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 4,25 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-425-10 ; PED2-425-12 ; PED2-425-14 ; PED2-425-16 ; PED2-425-18 ; PED2-425-20 ; PED2-425-25 ; PED2-425-30 ; PED2-425-35.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3158084	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 4,5 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 4,5 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-450-10 ; PED2-450-12 ; PED2-450-14 ; PED2-450-16 ; PED2-450-18 ; PED2-450-20 ; PED2-450-25 ; PED2-450-30 ; PED2-450-35.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3142870	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 4,75 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 4,75 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-475-10 ; PED2-475-12 ; PED2-475-14 ; PED2-475-16 ; PED2-475-18 ; PED2-475-20 ; PED2-475-25 ; PED2-475-30 ; PED2-475-35.	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3169248	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX SHIELD tech., diam 5,0	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**

	Endoprothèse pour embolisation PIPELINE FLEX avec SHIELD technology de diamètre 5,0 mm de la société MEDTRONIC France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED2-500-10 ; PED2-500-12 ; PED2-500-14 ; PED2-500-16 ; PED2-500-18 ; PED2-500-20 ; PED2-500-25 ; PED2-500-30 ; PED2-500-35			

Société MICROVENTION EUROPE (MICROVENTION)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3191992	Système d'embolisation d'anévrismes intracrâniens, MICROVENTION, WEB. DESCRIPTION Le système d'embolisation WEB de la société MICROVENTION EUROPE est constitué d'un dispositif d'embolisation implantable attaché à un dispositif de largage. Le dispositif d'embolisation WEB est fabriqué à partir de fils en nitinol tressés constitués d'un noyau platine entouré de nitinol, qui forment une maille auto-extensible. Les dispositifs d'embolisation WEB sont disponibles dans plusieurs tailles (diamètres et longueurs). Le dispositif d'embolisation WEB est largué au niveau du site de traitement sur le dispositif de largage à travers des microcathéters standards de neuroradiologie interventionnelle à armature métallique avec un diamètre interne minimum spécifique. Deux conformations sont disponibles : SL et SLS. Le choix du dispositif utilisé, en fonction de la morphologie de l'anévrisme, reste à la discrétion du praticien. INDICATION PRISE EN CHARGE Prise en charge des anévrismes intracrâniens de bifurcation, sacciformes, à large collet (≥ 4 mm), rompus et non rompus, dont le diamètre du sac anévrismal est ≤ 10 mm, pour lesquels les alternatives de traitement ne sont pas optimales du fait des caractéristiques morphologiques de l'anévrisme. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue, un neurochirurgien et un neurologue. Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le dispositif d'embolisation WEB ne doit être utilisé que par des médecins formés aux techniques et procédures intravasculaires et neurovasculaires dans des centres médicaux avec l'équipement approprié de fluoroscopie. Une évaluation fluoroscopique numérique par soustraction de haute qualité, avec incidences orthogonales, est obligatoire pour parvenir au placement correct du dispositif d'embolisation. Le dispositif d'embolisation WEB doit être utilisé par des médecins ayant reçu une formation appropriée pour ce dispositif. Le dispositif d'embolisation d'anévrisme WEB a été déterminé comme ayant une compatibilité conditionnelle avec l'IRM. Un patient peut, immédiatement après la pose de ce dispositif, subir un examen IRM, dans les conditions suivantes : Champ magnétique statique	**8300,00**	**8300,00**	**15-04-2024**

	- Champ magnétique statique égal ou inférieur à 3 Tesla - Champ magnétique à gradient spatial égal ou inférieur à 720 gauss/cm Informations sur l'artéfact La qualité de l'image IRM peut être compromise si la surface d'intérêt se trouve exactement dans la même zone ou est relativement proche de l'emplacement du dispositif d'embolisation d'anévrisme WEB. Pour cette raison, il peut s'avérer nécessaire d'optimiser les paramètres de l'imagerie RM pour compenser la présence du dispositif. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Modèle WEB SL : W2-4-3 ; W2-6.5-3 ; W2-9-4 ; W2-4-4 ; W2-6.5-4 ; W2-9-5 ; W2-4.5-3 ; W2-6.5-5 ; W2-9-6 ; W2-4.5-4 ; W2-6.5-6 ; W2-9-7 ; W2-5-3 ; W2-7-3 ; W2-9-8 ; W2-5-4 ; W2-7-4 ; W2-10-5 ; W2-5-5 ; W2-7-5 ; W2-10-6 ; W2-5.5-3 ; W2-7-6 ; W2-10-7 ; W2-5.5-4 ; W2-7-7 ; W2-10-8 ; W2-5.5-5 ; W2-8-3 ; W2-11-6 ; W2-6-3 ; W2-8-4 ; W2-11-7 ; W2-6-4 ; W2-8-5 ; W2-11-8 ; W2-6-5 ; W2-8-6 ; W2-11-9 ; W2-6-6 ; W2-8-7 ; W4-4-3 ; W4-5.5-4 ; W4-6.5-5 ; W4-4-4 ; W4-5.5-5 ; W4-6.5-6 ; W4-4.5-3 ; W4-6-3 ; W4-7-3 ; W4-4.5-4 ; W4-6-4 ; W4-7-4 ; W4-5-3 ; W4-6-5 ; W4-7-5 ; W4-5-4 ; W4-6-6 ; W4-7-6 ; W4-5-5 ; W4-6.5-3 ; W4-7-7 ; W4-5.5-3 ; W4-6.5-4 ; W5-3-2 ; W5-4-4 ; W5-5-4 ; W5-3-2.5 ; W5-4.5-2 ; W5-5-4.5 ; W5-3-3 ; W5-4.5-2.5 ; W5-5-5 ; W5-3.5-2 ; W5-4.5-3 ; W5-5.5-2 ; W5-3.5-2.5 ; W5-4.5-3.5 ; W5-5.5-2.5 ; W5-3.5-3 ; W5-4.5-4 ; W5-5.5-3 ; W5-3.5-3.5 ; W5-4.5-4.5 ; W5-5.5-3.5 ; W5-4-2 ; W5-5-2 ; W5-5.5-4 ; W5-4-2.5 ; W5-5-2.5 ; W5-5.5-4.5 ; W5-4-3 ; W5-5-3 ; W5-5.5-5 ; W5-4-3.5 ; W5-5-3.5 ; W5-5.5-5.5 ; W5-6-2 ; W5-6.5-3.5 ; W5-7-2 ; W5-6-2.5 ; W5-6.5-4 ; W5-7-2.5 ; W5-6-3 ; W5-6.5-4.5 ; W5-7-3 ; W5-6-3.5 ; W5-6.5-5 ; W5-7-3.5 ; W5-6-4 ; W5-6.5-5.5 ; W5-7-4 ; W5-6-4.5 ; W5-6.5-6 ; W5-7-4.5 ; W5-6-5 ; W5-6-6 ; W5-7-5 ; W5-6-5.5 ; W5-6.5-2.5 ; W5-7-5.5 ; W5-6.5-2 ; W5-6.5-3 ; W5-7-6. - Modèle WEB SLS : W2-4-S ; W2-6-S ; W2-9-S ; W2-4.5-S ; W2-6.5-S ; W2-10-S ; W2-5-S ; W2-7-S ; W2-11-S ; W2-5.5-S ; W2-8-S ; W4-4-S ; W4-5.5-S ; W4-7-S ; W4-4.5-S ; W4-6-S ; W4-5-S ; W4-6.5-S ; W5-4-S ; W5-4.5-S ; W5-5-S ; W5-5.5-S ; W5-6.5-S ; W5-6-S ; W5-7-S.			
	FRED ou FRED Jr L'implant d'embolisation avec système de déploiement de la société MICROVENTION EUROPE, FRED OU FRED JR, est un stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé (dit stent flow diverter). DESCRIPTION Le système de déviateur de flux FRED ou FRED JR est constitué d'un stent tressé auto-expansible préchargé dans un cathéter de mise en place. INDICATION PRISE EN CHARGE Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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). Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue. Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION			

	Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. 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. FRED et FRED junior doivent être utilisés exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi. La décision de mise en œuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient			
3171624	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED Jr, diam 2,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FREDJR2508 ; FREDJR2509 ; FREDJR2510 ; FREDJR2511 ; FREDJR2512 ; FREDJR2513 ; FREDJR2514 ; FREDJR2515 ; FREDJR2516 ; FREDJR2517 ; FREDJR2518 ; FREDJR2519 ; FREDJR2520 ; FREDJR2521 ; FREDJR2522 ; FREDJR2523 ; FREDJR2524 ; FREDJR2525 ; FREDJR2526.	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3156837	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED Jr, diam 3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FREDJR3009 ; FREDJR3010 ; FREDJR3011 ; FREDJR3012 ; FREDJR3013 ; FREDJR3014 ; FREDJR3015 ; FREDJR3016 ; FREDJR3017 ; FREDJR3018 ; FREDJR3019 ; FREDJR3020 ; FREDJR3021 ; FREDJR3022 ; FREDJR3023 ; FREDJR3024 ; FREDJR3025 ; FREDJR3026 ; FREDJR3027.	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3149004	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED, diam 3,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FRED3507 ; FRED3509 ; FRED3511 ; FRED3513 ; FRED3516 ; FRED3524 ; FRED3536.	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3199019	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED, diam 4,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FRED4007 ; FRED4009 ; FRED4012 ; FRED4014 ; FRED4017 ; FRED4026 ; FRED4038	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3177555	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED, diam 4,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FRED4511 ; FRED4508 ; FRED4513 ; FRED4518 ; FRED4524 ; FRED4528 ; FRED4539	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3195263	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED, diam 5,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FRED5009, FRED5011 ; FRED5014 ; FRED5019 ; FRED5026 ; FRED5029	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**
3185359	Endoprothèse pour embolisation, MICROVENTION, FRED, diam 5,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FRED5514 ; FRED5519 ; FRED5526	**8944,08**	**8944,08**	**01-08-2024**

DESCRIPTION

Le dispositif d'embolisation PIPELINE VANTAGE avec Shield Technology se compose d'un implant permanent associé à un système de mise en place basé sur un fil guide.

INDICATION PRISE EN CHARGE

Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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). Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue. Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Conformément au décret no 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. 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 VANTAGE avec Shield Technology doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi. La décision de mise en oeuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3187950	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 2,5 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 2,5 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,53 mm (0,021 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-021-250-10; PED3-021-250-12; PED3-021-250-14; PED3-021-250-16; PED3-021-250-18; PED3-021-250-20	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3170607	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 2,75 7 octobre 2020 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 2,75 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,53 mm (0,021 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-021-275-10; PED3-021-275-12; PED3-021-275-14; PED3-021-275-16; PED3-021-275-18; PED3-021-275-20	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3190538	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 3,00 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 3,00 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,53 mm (0,021 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-021-300-10; PED3-021-300-12; PED3-021-300-14; PED3-021-300-16; PED3-021-300-18; PED3-021-300-20; PED3-021-300-25; PED3-021-300-30	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3176900	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 3,25 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 3,25 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,53 mm (0,021 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-021-325-10; PED3-021-325-12; PED3-021-325-14; PED3-021-325-16; PED3-021-325-18; PED3-021-325-20; PED3-021-325-25; PED3-021-325-30	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3188139	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 3,50, cath 0,53	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**

	Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 3,50 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,53 mm (0,021 pouce). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PED3-021-350-10; PED3-021-350-12; PED3-021-350-14; PED3-021-350-16; PED3-021-350-18; PED3-021-350-20; PED3-021-350-25; PED3-021-350-30; PED3-021-350-35			
3183277	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 3,50, cath 0,69 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 3,50 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-350-10; PED3-027-350-12; PED3-027-350-14; PED3-027-350-16; PED3-027-350-18; PED3-027-350-20; PED3-027-350-25; PED3-027-350-30; PED3-027-350-35	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3152970	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 4,00 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 4,00 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-400-10; PED3-027-400-12; PED3-027-400-14; PED3-027-400-16; PED3-027-400-18; PED3-027-400-20; PED3-027-400-25; PED3-027-400-30; PED3-027-400-35; PED3-027-400-40	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3163576	Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 4,50 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-450-10; PED3-027-450-12; PED3-027-450-14; PED3-027-450-16; PED3-027-450-18; PED3-027-450-20; PED3-027-450-25; PED3-027-450-30; PED3-027-450-35; PED3-027-450-40	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3138940	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 5,00 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 5,00 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-500-10; PED3-027-500-12; PED3-027-500-14; PED3-027-500-16; PED3-027-500-18; PED3-027-500-20; PED3-027-500-25; PED3-027-500-30; PED3-027-500-35; PED3-027-500-40	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3107744	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 5,50 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 5,50 mm de la société MEDTRONIC Franc, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-550-10; PED3-027-550-12; PED3-027-550-14; PED3-027-550-16; PED3-027-550-18; PED3-027-550-20; PED3-027-550-25; PED3-027-550-30; PED3-027-550-35; PED3-027-550-40; PED3-027-550-45; PED3-027-550-50	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**
3167901	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE VANTAGE, diam 6,00 Endoprothèse pour embolisation PIPELINE VANTAGE avec SHIELD technology de diamètre 6,00 mm de la société MEDTRONIC France, compatible avec un microcathéter de diamètre 0,69 mm (0,027 pouce). **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PED3-027-600-10; PED3-027-600-12; PED3-027-600-14; PED3-027-600-16; PED3-027-600-18; PED3-027-600-20; PED3-027-600-25; PED3-027-600-30; PED3-027-600-35; PED3-027-600-40; PED3-027-600-45; PED3-027-600-50	**8944,08**	**8944,08**	**01-10-2024**

PIPELINE et PIPELINE FLEX

DESCRIPTION

- **PIPELIN**E : Le dispositif d'embolisation PIPELINE est une endoprothèse souple en treillis (92% platine / 8% fil de tungstène), préchargé dans un système de mise en place (introducteur et fil de mise en place souple et effilé) et conçu pour être introduit dans un microcathéter de 0,69 mm (0,027 po) de diamètre intérieur. Une spirale en platine située à l'extrémité distale permet la visualisation radioscopique du dispositif. Un mécanisme de retenue est situé à l'extrémité proximale de cette spirale en platine. Le fil de mise en place comporte un marqueur en platine, en aval du dispositif d'embolisation PIPELINE. Ce marqueur permet la visualisation radioscopique de la position de l'extrémité proximale du dispositif d'embolisation PIPELINE.

PIPELINE FLEX

Le dispositif d'embolisation PIPELINE FLEX se compose d'un implant permanent associé à un système de mise en place basé sur un fil guide.
INDICATION PRISE EN CHARGE
Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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).
Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue.
Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants :
– décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique,
– décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).
L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie.
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 FLEX doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi.
La décision de mise en œuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3124412	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 2,50. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 2,50 : PED-250-10, PED-250-12, PED-250-14, PED-250-16, PED-250-18, PED-250-20	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3153980	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 2,75. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 2,75 : PED-275-10, PED-275-12, PED-275-14, PED-275-16, PED-275-18, PED-275-20	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3183685	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 3,00. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 3,00 : PED-300-10, PED-300-12, PED-300-14, PED-300-16, PED-300-18, PED-300-20, PED-300-25, PED-300-30, PED-300-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3191740	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 3,25. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 3,25 : PED-325-10, PED-325-12, PED-325-14, PED-325-16, PED-325-18, PED-325-20, PED-325-25, PED-325-30, PED-325-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3150533	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 3,50. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 3,50 : PED-350-10, PED-350-12, PED-350-14,	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**

	PED-350-16, PED-350-18, PED-350-20, PED-350-25, PED-350-30, PED-350-35			
3106466	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 3,75. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 3,75 : PED-375-10, PED-375-12, PED-375-14, PED-375-16, PED-375-18, PED-375-20, PED-375-25, PED-375-30, PED-375-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3123329	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 4,00. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 4,00 : PED-400-10, PED-400-12, PED-400-14, PED-400-16, PED-400-18, PED-400-20, PED-400-25, PED-400-30, PED-400-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3188837	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 4,25. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 4,25 : PED-425-12, PED-425-14, PED-425-16, PED-425-18, PED-425-20, PED-425-25, PED-425-30, PED-425-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3124381	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 4,50. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 4,50 : PED-450-12, PED-450-14, PED-450-16, PED-450-18, PED-450-20, PED-450-25, PED-450-30, PED-450-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3123200	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 4,75. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 4,75 : PED-475-12, PED-475-14, PED-475-16, PED-475-18, PED-475-20, PED-475-25, PED-475-30, PED-475-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**
3194418	Endoprothèse pour embolisation, MEDTRONIC, PIPELINE FLEX, diam 5,00. REFERENCES PRISES EN CHARGE en diamètre 5,00 : PED-500-12, PED-500-14, PED-500-16, PED-500-18, PED-500-20, PED-500-25, PED-500-30, PED-500-35	**8944,08**	**8944,08**	**15-08-2025**

STRYKER France SAS (STRYKER)

SURPASS ou SURPASS STREAMLINE

L'implant d'embolisation avec système de déploiement de la société STRYKER France SAS, SURPASS ou SURPASS STREAMLINE, est un stent intracrânien auto-expansible à largage contrôlé (dit stent flow diverter).

DESCRIPTION

Le système de déviateur de flux SURPASS ou SURPASS STREAMLINE est constitué d'un stent tressé auto-expansible préchargé dans un cathéter de mise en place. Il est composé des éléments suivants :

- le déviateur de flux avec un diamètre compris entre 2 à 5 mm et une taille variant entre 12 à 50 mm ;
- le cathéter de mise en place : il permet de contenir et de protéger le déviateur de flux lors de son passage dans le système artériel et à travers le collet de l'anévrisme. Il est doté d'un repère radio-opaque situé à l'extrémité distale ;
- le poussoir : le poussoir est un second cathéter qui est placé à l'intérieur du cathéter de mise en place. Il permet de pousser le déviateur de flux hors du cathéter de mise en place dans l'artère porteuse et à travers le collet de l'anévrisme, ainsi que de stabiliser la position du déviateur de flux dans le cathéter de mise en place.

Le déviateur de flux SURPASS ou SURPASS STREAMLINE est préchargé sur le poussoir.

INDICATION PRISE EN CHARGE

Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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).

Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue.

Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Conformément au décret n° 2007-366, l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.

Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants

- décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique,
- décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars

2007).
L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie.
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.
SURPASS STREAMLINE doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi.
La décision de mise en œuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient. »

Code	Nomenclature	Tarif en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3133204	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS STREAMLINE, diam 3,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003100FPP0 : 3 x 15 mm ; M003101FPP0 : 3 x 20 mm ; M003102FPP0 : 3 x 25 mm	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3123737	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS STREAMLINE, diam 4,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003115FPP0 : 4 x 15 mm ; M003110FPP0 : 4 x 20 mm ; M003111FPP0 : 4 x 25 mm ; M003112FPP0 : 4 x 30 mm ; M003113FPP0 : 4 x 40 mm ; M003114FPP0 : 4 x 50 mm	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3140405	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS STREAMLINE, diam 5,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003124FPP0 : 5 x 20 mm ; M003120FPP0 : 5 x 25 mm ; M003121FPP0 : 5 x 30 mm ; M003122FPP0 : 5 x 40 mm ; M003123FPP0 : 5 x 50 mm	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**

SURPASS EVOLVE
DESCRIPTION
Le système de déviateur de flux SURPASS EVOLVE est constitué d'un stent tressé auto-expansible préchargé dans un système de mise en place, dans une gaine d'introduction.
INDICATION PRISE EN CHARGE
Prise en charge des anévrismes intracrâniens non rompus avec un risque de rupture spontanée supérieur au risque de la procédure 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)).
Ces éléments (risque de rupture par rapport au risque de la procédure et inaccessibilité aux thérapeutiques) sont évalués dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue interventionnel, un neurochirurgien et un neurologue.
Le risque de rupture de l'anévrisme sera estimé notamment sur la base des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, sexe féminin, âge), des antécédents familiaux, de la taille, la forme, la localisation de l'anévrisme.
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
Conformément au décret n° 2007-366 l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants :
- décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique,
- décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).

L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie.
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.
SURPASS EVOLVE doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçus une formation appropriée à son emploi.
La décision de mise en œuvre du traitement est subordonnée à l'information orale et écrite du patient par le médecin des risques associés à la procédure par rapport aux risques de rupture spontanée de l'anévrisme. Le médecin veille à la bonne compréhension de ces informations par le patient.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
3124702	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS EVOLVE, diam 2,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FD25012 ; FD25013 ; FD25014 ; FD25015 ; FD25016 ; FD25017 ; FD25018 ; FD25019 ; FD25020	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3185106	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS EVOLVE, diam 3,25 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FD32512 ; FD32513 ; FD32514 ; FD32515 ; FD32516 ; FD32517 ; FD32518 ; FD32519 ; FD32520 ; FD32521 ; FD32522 ; FD32525 ; FD32530.	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3121939	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS EVOLVE, diam 4,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FD40012 ; FD40013 ; FD40014 ; FD40015 ; FD40016 ; FD40017 ; FD40018 ; FD40019 ; FD40020 ; FD40021 ; FD40022 ; FD40025 ; FD40030 ; FD40040.	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3114520	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS EVOLVE, diam 4,50 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FD45012 ; FD45013 ; FD45014 ; FD45015 ; FD45016 ; FD45017 ; FD45018 ; FD45019 ; FD45020 ; FD45021 ; FD45022 ; FD45025 ; FD45030 ; FD45040.	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**
3125742	Endoprothèse pour embolisation, STRYKER, SURPASS EVOLVE, diam 5,00 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE FD50012 ; FD50013 ; FD50014 ; FD50015 ; FD50016 ; FD50017 ; FD50018 ; FD50019 ; FD50020 ; FD50021 ; FD50022 ; FD50025 ; FD50030 ; FD50040.	**8944,08**	**8944,08**	**15-05-2024**

Paragraphe 8 : Implant exovasculaire

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3121030 301A02.7	Implant exovasculaire de fermeture de malformations congénitales. Implant (type ombrelle) de fermeture de malformations congénitales (canal artériel, communications intercavitaires...)	**3735,00**	**3735,00**	**31-07-2022**

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT

Code	Nomenclature	TARIF (en € TTC)	PLV(en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3153460	Implant exovasculaire, fermeture AAG, ABBOTT, AMPLATZER CARDIAC PLUG. **1. DESCRIPTION** Le dispositif de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche (AAG) AMPLATZER CARDIAC PLUG est un système non résorbable, composé de 2 disques articulés autour d'une jonction centrale, de structure autoexpansible, à base de nitinol. Il est muni d'une membrane perméable en polyester sur sa partie proximale destinée à servir de tamis pour empêcher la migration d'éventuels thrombus intra-auriculaires.	**4650,00**	**4650,00**	**30-06-2021**

	Le dispositif est préchargé au niveau du système de pose. Après avoir été déployé et jusqu'à son relargage, il peut être si nécessaire réintroduit dans la gaine, repositionné ou échangé pour un autre dispositif tout en maintenant l'abord transseptal. **2. INDICATION** Prévention des événements thromboemboliques chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire à haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 4 et une contre-indication formelle et permanente aux anticoagulants (validée par un comité pluridisciplinaire). La fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche (AAG) n'est pas une alternative aux anticoagulants oraux que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire après un accident ischémique sous traitement bien conduit. Le refus des traitements anticoagulants oraux (AVK ou anticoagulant non AVK) constitue une non-indication à la fermeture de l'appendice auriculaire gauche. **3.MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** **3.1. Environnement technique** Les établissements doivent être autorisés à proposer les activités interventionnelles, sous imagerie médicale de type 1, 2 ou 3. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Les établissements doivent disposer : - des techniques d'échographie transœsophagienne (ETO) et de fluoroscopie indispensables pour guider l'implantation du dispositif dans la salle d'intervention. L'utilisation de l'angiographie seule n'est pas recommandée ; - d'une technique de dosage de l'ACT (activated coagulation time) dans l'établissement. **3.2. Composition des équipes** Doivent être présents en salle d'intervention : - 2 opérateurs qualifiés (cardiologues interventionnels et/ou des rythmologues interventionnels) dont au moins un ayant acquis une compétence dans la ponction transseptale ; - 1 cardiologue échographiste ; - 1 anesthésiste-réanimateur ; - 2 infirmières. Une formation spécifique dédiée pour chacun des dispositifs implantés par le centre est indispensable pour tous les opérateurs, incluant une formation théorique et sur simulateur proposée par le fabricant du dispositif, une formation théorique initiale dans un centre habilité et une formation pratique par compagnonnage (avec au moins 5 patients). **3.3. Sélection des patients** La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée de façon multidisciplinaire et doit inclure obligatoirement l'avis : - du cardiologue ou du médecin qui adresse le patient ; - du spécialiste qui réalisera l'acte ; - des spécialistes de chaque comorbité contre-indiquant potentiellement les anticoagulants ; - d'un anesthésiste-réanimateur. En fonction des situations cliniques, l'obtention de l'avis de cliniciens des autres spécialités concernées est fortement recommandée, en particulier d'un neurologue, d'un gériatre et d'un interniste. **3.4. Bilan préopératoire** Un scanner cardiaque et/ou une échographie transœsophagienne (ETO) doivent être réalisés afin			

	d'explorer l'anatomie de l'AAG et confirmer l'absence de thrombus intracardiaque (si possible dans les 48 heures précédant l'implantation). **3.5 Volume d'activité** Un seuil de 25 implantations par an et par centre doit être atteint d'ici à 3 ans. **3.6 Modalités de suivi du patient** - traitement antiagrégant antiplaquettaire post-intervention : le schéma thérapeutique et la durée (au minimum de 6 mois) doivent être discutés et validés au cas par cas de façon collégiale lors de la sélection du patient ; - contrôle « pré-sortie » avec échographie transthoracique de contrôle (pour exclure un épanchement péricardique ou un déplacement de la prothèse) ; - suivi (thrombus intracardiaque, fuite résiduelle et autre EI) par ETO ou scanner dans les 3 mois post-intervention et par échographie transthoracique à 12 et 24 mois en l'absence d'événement cardio-vasculaire. **4. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-016 (diam. 16), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-018 (diam. 18), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-020 (diam. 20), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-022 (diam. 22), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-024 (diam. 24), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-026 (diam. 26), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-028 (diam. 28), 9-AMPLATZER CARDIAC PLUG-007-030 (diam. 30)..			
3192307	Implant exovasculaire, fermeture AAG, ABBOTT, AMPLATZER AMULET. **1. DESCRIPTION** Le dispositif de fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche (AAG) AMPLATZER AMULET APPENDAGE OCCLUDER (LAAO) est un système non résorbable, composé de 2 disques articulés autour d'une jonction centrale, de structure autoexpansible, à base de nitinol. Il est muni d'une membrane perméable en polyester sur sa partie proximale destinée à servir de tamis pour empêcher la migration d'éventuels thrombus intra-auriculaires. Le dispositif est préchargé au niveau du système de pose. Après avoir été déployé et jusqu'à son relargage, il peut être si nécessaire réintroduit dans la gaine, repositionné ou échangé pour un autre dispositif tout en maintenant l'abord transseptal. **2. INDICATION** Prévention des événements thromboemboliques chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire à haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 4 et une contre-indication formelle et permanente aux anticoagulants (validée par un comité pluridisciplinaire). La fermeture transcutanée de l'appendice auriculaire gauche (AAG) n'est pas une alternative aux anticoagulants oraux que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire après un accident ischémique sous traitement bien conduit. Le refus des traitements anticoagulants oraux (AVK ou anticoagulants non AVK) constitue une non-indication à la fermeture de l'appendice auriculaire gauche. **3. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** **3.1. Environnement technique** Les établissements doivent être autorisés à proposer les activités interventionnelles, sous imagerie médicale de type 1, 2 ou 3. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Les établissements doivent disposer : - des techniques d'échographie transœsophagienne (ETO) et de fluoroscopie indispensables pour guider l'implantation du dispositif dans la salle d'intervention. L'utilisation de l'angiographie seule n'est pas recommandée ; - d'une technique de dosage de l'ACT (activated coagulation time) dans l'établissement. **3.2. Composition des équipes** Doivent être présents en salle d'intervention : - 2 opérateurs qualifiés (cardiologues interventionnels et/ou des rythmologues interventionnels) dont au moins un ayant acquis une compétence dans la ponction transseptale ;	**4650,00**	**4650,00**	**30-06-2021**

	- 1 cardiologue échographiste ; - 1 anesthésiste-réanimateur ; - 2 infirmières. Une formation spécifique dédiée pour chacun des dispositifs implantés par le centre est indispensable pour tous les opérateurs, incluant une formation théorique et sur simulateur proposée par le fabricant du dispositif, une formation théorique initiale dans un centre habilité et une formation pratique par compagnonnage (avec au moins 5 patients). **3.3. Sélection des patients** La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée de façon multidisciplinaire et doit inclure obligatoirement l'avis : - du cardiologue ou du médecin qui adresse le patient ; - du spécialiste qui réalisera l'acte ; - des spécialistes de chaque comorbité contre-indiquant potentiellement les anticoagulants ; d'un anesthésiste-réanimateur. En fonction des situations cliniques, l'obtention de l'avis de cliniciens des autres spécialités concernées est fortement recommandée, en particulier d'un neurologue, d'un gériatre et d'un interniste. **3.4. Bilan préopératoire** Un scanner cardiaque et/ou une échographie transœsophagienne (ETO) doivent être réalisés afin d'explorer l'anatomie de l'AAG et confirmer l'absence de thrombus intracardiaque (si possible dans les 48 heures précédant l'implantation). **3.5. Volume d'activité** Un seuil de 25 implantations par an et par centre doit être atteint d'ici à 3 ans. **3.6. Modalités de suivi du patient** - traitement antiagrégant antiplaquettaire post-intervention : le schéma thérapeutique et la durée (au minimum de 6 mois) doivent être discutés et validés au cas par cas de façon collégiale lors de la sélection du patient ; - contrôle « pré-sortie » avec échographie transthoracique de contrôle (pour exclure un épanchement péricardique ou un déplacement de la prothèse) ; - suivi (thrombus intracardiaque, fuite résiduelle et autre EI) par ETO ou scanner dans les 3 mois post-intervention et par échographie transthoracique à 12 et 24 mois en l'absence d'événement cardio-vasculaire. **4. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** - taille 16 mm : ref 9-ACP2-007-016 ; - taille 18 mm : ref 9-ACP2-007-018 ; - taille 20 mm : ref 9-ACP2-007-020 ; - taille 22 mm : ref 9-ACP2-007-022 ; - taille 25 mm : ref 9-ACP2-010-025 ; - taille 28 mm : ref 9-ACP2-010-028 ; - taille 31 mm : ref 9-ACP2-010-031 ; - taille 34 mm : ref 9-ACP2-010-034.			
3119463	Implant exovasculaire, fermeture PFO, ABBOTT, AMPLATZER PFO OCCLUDER Implant pour fermeture du foramen ovale perméable AMPLATZER PFO OCCLUDER de la société ABBOTT MEDICAL France.	**3735,00**	**3735,00**	**31-05-2025**

DESCRIPTION
AMPLATZER PFO OCCLUDER est un dispositif d'occlusion septale en treillis de nitinol composé de 2 disques contenant du tissu en polyester reliés par un court raccord central permettant le mouvement libre de chaque disque, pour fermer l'orifice septal. Les marqueurs radio-opaques et le treillis de nitinol permettent une visualisation en fluoroscopie.
L'implantation de ce dispositif se déroule généralement sous anesthésie générale à l'aide d'un guidage par échographie transoesophagienne (ETO) ou échographie intracardiaque (ICE) par voie veineuse fémorale droite.
INDICATION PRISE EN CHARGE
Fermeture du foramen ovale perméable (FOP) chez les patients âgés entre 16 et 60 ans, ayant eu un infarctus cérébral récent (≤ 6 mois) (ce délai sera prolongé si un enregistrement prolongé du rythme cardiaque est nécessaire), avec un FOP associé à un ASIA (> 10mm) ou à un shunt droit-gauche > 20 µbulles ou un diamètre ≥ 2mm. Le FOP étant la cause la plus probable de l'infarctus cérébral après un bilan étiologique par un spécialiste neurovasculaire.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
Encadrement :
Une concertation multidisciplinaire définie selon les modalités suivantes est recommandée :
- toute décision concernant le traitement des patients ayant un infarctus cérébral et un FOP doit être prise à l'issue d'une concertation pluridisciplinaire neuro-cardiologique, réunissant les expertises nécessaires ; neurovasculaire, échocardiographie et cardiologie interventionnelle ;
- le neurologue a pour responsabilités de confirmer le diagnostic d'infarctus cérébral probablement attribuable à un FOP, en s'assurant que le bilan diagnostique et étiologique a été conforme aux standards en vigueur. Le neurologue précisera si les caractéristiques de l'infarctus sont compatibles avec un mécanisme embolique et s'il existe des antécédents d'infarctus cérébral ;
- l'échographiste a pour responsabilités : (1) de confirmer le diagnostic de FOP et d'ASIA selon les indications ; (2) de préciser la présence ou non d'une autre source cardiaque ou aortique potentielle d'embolie cérébrale ;
- le cardiologue interventionnel juge de la faisabilité et des risques de l'intervention et garantit que l'intervention sera réalisée selon les modalités d'utilisation et de prescription ;
- le patient est informé précisément des risques et bénéfices (en termes de risque absolu et de risque relatif de récidive) encourus selon les différentes stratégies thérapeutiques et est engagé dans la décision partagé ;
- cette réunion de concertation pluridisciplinaire donne lieu à un compte-rendu validé par l'ensemble des intervenants et diffusé aux médecins référents du patient ».
La fermeture du FOP doit être réalisée dans un centre expert en cardiologie interventionnelle structurelle dès que l'état neurologique le permet :
- cette intervention doit être faite dans des centres experts en cardiologie interventionnelle structurelle, comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, et proche d'une structure de chirurgie cardiaque ;
- les opérateurs sont considérés comme autonomes après la fermeture de 20 FOP avec au moins 10 dispositifs de même type ;
- une fois formé, chaque opérateur doit assurer un minimum de 10 procédures par an.
Les auteurs préconisent les modalités d'implantation suivantes :
- l'implantation est réalisée sous anesthésie générale avec ETO ou sous anesthésie locale avec une échocardiographie intracardiaque. L'utilisation de l'échocardiographie transthoracique seule n'est pas toujours optimale mais peut être utilisée dans des centres expérimentés.
Les modalités de suivi des patients sont les suivantes :
- une bithérapie antiplaquettaire pendant 3 mois suivi d'une monothérapie par aspirine pendant au moins 5 ans ;
- un examen clinique, un électrocardiogramme 12 dérivations et une ETT avec contraste doivent être réalisés à 1 et 12 mois ;
- une ETO en cas de suspicion de déplacement ou de thrombose du dispositif à l'ETT, de suspicion

	d'endocardite ou de récidive d'AVC ou d'AIT. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Le dispositif AMPLATZER PFO OCCLUDER est disponible en 4 tailles : - 9-PFO-018 : taille du dispositif : 18mm ; diamètre du disque auriculaire droit : 18mm ; diamètre du disque auriculaire gauche : 18 mm ; - 9-PFO-025 : taille du dispositif : 25mm ; diamètre du disque auriculaire droit : 25mm ; diamètre du disque auriculaire gauche : 18 mm ; - 9-PFO-030 : taille du dispositif : 30mm ; diamètre du disque auriculaire droit : 30mm ; diamètre du disque auriculaire gauche : 30mm ; - 9-PFO-035 : taille du dispositif : 35mm ; diamètre du disque auriculaire droit : 35mm ; diamètre du disque auriculaire gauche : 25mm.			

Société BOSTON SCIENTIFIC S.A.S. (BOSTON)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3131820	Implant exovasculaire, fermeture AAG, BOSTON, WATCHMAN FLX **1. DESCRIPTION** Le dispositif de fermeture transcutané de l'appendice auriculaire gauche WATCHMAN FLX de la société BOSTON est un système non résorbable, auto expansible, à base de nitinol et recouvert d'une membrane en PET sur sa face proximale. Le dispositif WATCHMAN FLX est conditionné avec le système de mise en place (cathéter) sur lequel il est préchargé. Après avoir été déployé et jusqu'à son relargage, le dispositif peut être si nécessaire réintroduit dans la gaine, repositionné ou échangé pour un autre dispositif tout en maintenant l'abord transseptal. Après recapture complète de WATCHMAN FLX dans son système de pose, le dispositif peut être redéployé évitant ainsi le remplacement par un nouveau dispositif **2. INDICATION** Prévention des événements thromboemboliques chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire à haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 4 et une contre-indication formelle et permanente aux anticoagulants (validée par un comité pluridisciplinaire). La fermeture transcutanée de l'Appendice Auriculaire Gauche (AAG) n'est pas une alternative aux anticoagulants oraux que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire après un accident ischémique sous traitement bien conduit. Le refus des traitements anticoagulants oraux (AVK ou anticoagulant non-AVK) constitue une non-indication à la fermeture de l'appendice auriculaire gauche **3. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** **3.1. Environnement technique** Les établissements doivent être autorisés à proposer les activités interventionnelles, sous imagerie médicale de type 1, 2 ou 3. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Les établissements doivent disposer : - des techniques d'échographie trans-oesophagienne (ETO) et de fluoroscopie indispensables pour guider l'implantation du dispositif dans la salle d'intervention. L'utilisation de l'angiographie seule n'est pas	**4650,00**	**4650,00**	**30-06-2021**

	recommandée ; - d'une technique de dosage de l'ACT (activated coagulation time) dans l'établissement **3.2. Composition des équipes** Doivent être présents en salle d'intervention : - 2 opérateurs qualifiés (cardiologues interventionnels et/ou des rythmologues interventionnels) dont au moins 1 ayant acquis une compétence dans la ponction transseptale ; - 1 cardiologue échographiste ; - 1 anesthésiste-réanimateur ; - 2 infirmières. Une formation spécifique dédiée pour chacun des dispositifs implantés par le centre est indispensable pour tous les opérateurs, incluant une formation théorique et sur simulateur proposée par le fabricant du dispositif, une formation théorique initiale dans un centre habilité et une formation pratique par compagnonnage (avec au moins 5 patients). **3.3. Sélection des patients** La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée de façon multidisciplinaire et doit inclure obligatoirement l'avis : - du cardiologue ou du médecin qui adresse le patient ; - du spécialiste qui réalisera l'acte ; - des spécialistes de chaque comorbité contre-indiquant potentiellement les anticoagulants ; - d'un anesthésiste-réanimateur. En fonction des situations cliniques, l'obtention de l'avis de cliniciens des autres spécialités concernées est fortement recommandée en particulier d'un neurologue, d'un gériatre et d'un interniste **3.4. Bilan préopératoire** Un scanner cardiaque et/ou une échographie transoesophagienne (ETO) doivent être réalisés afin d'explorer l'anatomie de l'AAG et confirmer l'absence de thrombus intracardiaque (si possible dans les 48 heures précédant l'implantation). **3.5. Volume d'activité** Un seuil de 25 implantations par an et par centre doit être atteint d'ici à 3 ans. **3.6. Modalité de suivi du patient** - Traitement antiagrégant antiplaquettaire post-intervention : le schéma thérapeutique et la durée (au minimum de 6 mois) doivent être discutés et validés au cas par cas de façon collégiale lors de la sélection du patient. - Contrôle « pré-sortie » avec échographie trans-thoracique de contrôle (pour exclure un épanchement péricardique ou un déplacement de la prothèse). - Suivi (thrombus intracardiaque, fuite résiduelle et autre EI) par ETO ou scanner dans les 3 mois post-intervention et par échographie trans-thoracique à 12 et 24 mois en l'absence d'événement cardio-vasculaire **4. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** M635WS50200 (diam 20), M635WS50240 (diam 24), M635WS50270 (diam 27), M635WS50310 (diam 31), M635WS50350 (diam 35).			

Société LIFETECH SCIENTIFIC (LIFETECH)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3151202	Implant exovasculaire, fermeture AAG, LIFETECH, LAMBRE. DESCRIPTION Le dispositif de fermeture de l'appendice auriculaire gauche LAMBRE est un système non résorbable, de structure auto expansible à base de nitinol, composé d'une ombrelle distale et d'un couvercle proximal, articulé autour d'un manchon de raccordement central. Le couvercle est muni d'une membrane en PET pour empêcher la migration de thrombus intra-auriculaire et favoriser l'occlusion de l'orifice de l'AAG. Une membrane additionnelle en PET sur l'ombrelle vise à assurer l'étanchéité en	**4417,50**	**4417,50**	**30-06-2024**

	complément de celle du couvercle. La stabilité de ce dispositif est assurée par la présence de griffes et de crochets stabilisateurs au niveau de l'ombrelle et par le choix d'une ombrelle de taille supérieure à celle de l'auricule pour assurer une compression suffisante au niveau des parois. Le couvercle est de 4 à 6 mm plus large que l'ombrelle pour couvrir l'orifice de l'AAG et s'apposer contre les parois. Un collet encastré au centre du couvercle permet le raccordement au système d'introduction. Après avoir été déployé et jusqu'à à leur relargage, le dispositif LAMBRE peut être si nécessaire réintroduit dans la gaine et redéployé (au max. 4 fois) ou échangé pour un autre dispositif tout en maintenant l'abord transseptal. Le système d'introduction est disponible en 2 modèles (avec une simple ou double courbe) pour mieux s'adapter aux différentes formes d'anatomie. Son diamètre externe est compris entre 8 et 10 French, selon la taille du dispositif LAMBRE à délivrer. INDICATIONPrévention des événements thromboemboliques chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire à haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 4 et une contre-indication formelle et permanente aux anticoagulants (validée par un comité pluridisciplinaire). La fermeture transcutanée de l'Appendice Auriculaire Gauche (AAG) n'est pas une alternative aux anticoagulants oraux que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire après un accident ischémique sous traitement bien conduit. Le refus des traitements anticoagulants oraux (AVK ou anticoagulant non-AVK) constitue une non-indication à la fermeture de l'appendice auriculaire gauche. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Environnement technique Les établissements doivent être autorisés à proposer les activités interventionnelles, sous imagerie médicale de type 1, 2 ou 3. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Les établissements doivent disposer : - en salle d'intervention des techniques d'échographie trans-oesophagienne (ETO) et de fluoroscopie indispensables pour guider l'implantation du DM. L'utilisation de l'angiographie seule n'est pas recommandée. - dans l'établissement d'une technique de dosage de l'ACT (activated coagulation time). Composition des équipes Doivent être présents en salle d'intervention : - 2 opérateurs qualifiés (cardiologues interventionnels et/ou des rythmologues interventionnels) dont au moins 1 ayant acquis une compétence dans la ponction transseptale, - 1 cardiologue échographiste, - 1 anesthésiste-réanimateur, - 2 infirmières. Une formation spécifique dédiée pour chacun des DM implantés par le centre est indispensable pour tous les opérateurs, incluant une formation théorique et sur simulateur proposée par le fabricant du dispositif, une formation théorique initiale dans un centre habilité et une formation pratique par compagnonnage (avec au moins 5 patients). Sélection des patients La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée de façon multidisciplinaire et doit inclure obligatoirement l'avis :			

	- du cardiologue ou du médecin qui adresse le patient, - du spécialiste qui réalisera l'acte, - des spécialistes de chaque comorbité contre-indiquant potentiellement les anticoagulants, - d'un anesthésiste-réanimateur. En fonction des situations cliniques, l'obtention de l'avis de cliniciens des autres spécialités concernées est fortement recommandée en particulier d'un neurologue, d'un gériatre et d'un interniste. Bilan préopératoire Un scanner cardiaque et /ou une échographie transoesophagienne (ETO) doivent être réalisés afin d'explorer l'anatomie de l'AAG et confirmer l'absence de thrombus intracardiaque (si possible dans les 48 heures précédant l'implantation). Volume d'activité Un seuil de 25 implantations par an et par centre doit être atteint d'ici à 3 ans. Modalité de suivi du patient - Traitement antiagrégant antiplaquettaire post-intervention : le schéma thérapeutique et la durée (au minimum de 6 mois) doivent être discutés et validés au cas par cas de façon collégiale lors de la sélection du patient. - Contrôle pré-sortie avec échographie trans-thoracique de contrôle (pour exclure un épanchement péricardique ou un déplacement de la prothèse) - Suivi (thrombus intracardiaque, fuite résiduelle et autre EI) par ETO ou scanner dans les 3 mois post-intervention et par échographie trans-thoracique à 12 et 24 mois en l'absence d'événement cardiovasculaire. REFERENCES PRISE EN CHARGE LT-LAA-1622 ; LT-LAA-1824 ; LT-LAA-2026 ; LT-LAA-2228 ; LT-LAA-2430 ; LT-LAA-1630 ; LT-LAA-2632 ; LT-LAA-2834 ; LT-LAA-3036 ; LT-LAA-3236 ; LT-LAA-3438 ; LT-LAA-3640 ; LT-LAA-1832 ; LT-LAA-2032 ; LT-LAA-2234 ; LT-LAA-2436 ; LT-LAA-2638			

Section 2. – Implant ophtalmologique

Bouchon ou clou-trou méatique

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3114922	Implant ophtalmologique lacrymal, bouchon ou clou-trou méatique.	**65,55**	**65,55**	**31-07-2025**

Stent de micro-pontage trabéculaire

GLAUKOS France (GLAUKOS)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**1117,50**	**1117,50**	**30-04-2024**

<table>
<tr><td></td><td>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)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3165227</td><td>Stent micro-pontage trabéculaire, GLAUKOS, iSTENT INJECT W

iSTENT INJECT W 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 W 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 (i.e. au travers de la cornée).
Le système iSTENT INJECT W 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.

Le dispositif est IRM compatible sous conditions dont les conditions sont énoncées dans le tableau suivant
<table><tr><td>• Champ magnétique statique ≤ 3 T
• Gradient de champ magnétique spatial maximal ≤ 4 000 gauss/cm
• Taux d’absorption spécifique (TAS) maximal moyenné pour le corps entier, rapporté par le système d’IRM de 4 W/kg (mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau)</td><td>• Champ magnétique statique de 7 T uniquement
• Gradient de champ magnétique spatial maximal ≤ 10 000 gauss/cm (extrapolé)
• Taux d’absorption spécifique (TAS) maximal moyenné pour le corps entier de 4 W/kg pour 15 minutes d’examen (ie par séquence d’impulsions)
• Mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau pour le système d’IRM
Utilisation d’antenne RF d’émission/réception de tête uniquement</td></tr></table>
INDICATION
Patients ayant une cataracte éligible à la phacoémulsification et un glaucome chronique à angle ouvert de</td><td>1117,50</td><td>1117,50</td><td>30-04-2024</td></tr>
</table>

	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. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'implantation du dispositif iSTENT INJECT W 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. **REFERENCE PRISE EN CHARGE** Système iSTENT INJECT G2-W (2 dispositifs pré-chargés dans le système d'insertion)			

Section 3. – Implants orthopédiques

Sous-section 1 : Implants articulaires

Paragraphe 1 : Implants articulaires de coude

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3127416 301E01.11	Coude, extrémité supérieure radius, monobloc, non métallique.	**178,65**	**178,65**	**31/07/2019**
3128226 301E01.12	Coude, extrémité supérieure radius, métallique ou mixte.	**443,53**	**443,53**	**31/07/2019**
3108376 301E01.13	Coude, extrémité supérieure cubitus, métallique ou mixte.	**649,52**	**649,52**	**31/07/2019**
3116588 301E01.14	Coude, extrémité inférieure, humérus, métallique	**1081,31**	**1081,31**	**31/07/2019**
3102422 301E01.15	Coude, implant intermédiaire faisant charnière. la référence 3102422 ne peut s'ajouter qu'à une des trois références 3128226, 3108376 et 3116588.	**252,28**	**252,28**	**31/07/2019**
3121684 301E01.16	Coude, Cale cubitale ou radiale de rehausse. la prise en charge de la référence 3121684 est assurée dans la limite de **103,67** € par intervention.	**48,78**	**48,78**	**31/07/2019**

Implant articulaire de coude, sur mesure

Codes	Nomenclatures	TARIF en €TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 301E01.171	Coude, implant articulaire huméral, sur mesure.	**3 253,20**	**3 253,20**	**31-07-2019**
3147850 301E01.172	Coude, implant articulaire cubital ou radial, sur mesure.	**2 069,14**	**2 069,14**	**31-07-2019**

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).

Implant huméral

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Tige standard, cimentée ou non cimentée			
3113408 301E01.2111	Épaule, tige humérale standard, monobloc (tête comprise).	**689,37**	**689,37**	**31/07/2019**
3187045 301E01.2112	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).	**1032,46**	**1032,46**	**31/07/2019**
3115399 301E01.212	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	**1210,64**	**1210,64**	**31/07/2019**

	de l'implant à sa partie inférieure).			

Tête ou calotte seule

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Le prix comprend le cône d'ancrage.			
3145785 301E01.2131	Épaule, tête ou calotte seule en polyéthylène.	**157,15**	**157,15**	**31/07/2019**
3114715 301E01.2132	Épaule, tête ou calotte seule métallique	**296,87**	**296,87**	**31/07/2019**
3100469 301E1.2133	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.	**457,54**	**457,54**	**31/07/2019**

Implant glénoïdien, cimenté ou non cimenté

Codes	Nomenclatures	TARIF en €TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
	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.	**481,50**	**481,50**	**31/07/2019**
3120762 301E01.221	Épaule, implant glénoïdien, monobloc ou surface glénoïdienne.	**262,44**	**262,44**	**31/07/2019**
3180215 301E01.222	Épaule, implant glénoïdien, embase métallique ou metal back.	**453,38**	**453,38**	**31/07/2019**

Implants spéciaux

Codes	Nomenclatures	TARIF en €TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade. Ils sont réalisées 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 301E01.231	Épaule, tige spéciale.	**1250,62**	**1250,62**	**31/07/2019**
3157831 301E01.232	Épaule, glène spéciale. La prise en charge de la référence 3157831 exclut la prise en charge des références 3120762 et 3180215.	**725,66**	**725,66**	**31/07/2019**

Paragraphe 3 : Implant articulaire du genou (contrainte ou non contrainte)

Les tarifs comprennent le coût du matériel ancillaire.

Implant fémoral (tige fémorale standard incluse)

Implant unicondylien ou unicompartimental.

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en euros TTC	Date de fin de prise en charge
3124027 301E01.3111	Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, cimenté.	**538,59**	**538,59**	**31/07/2018**
3151662 301E01.3112	Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	**625,62**	**625,62**	**31/07/2018**

Implant bicondylien, symétrique ou asymétrique, standard ou postéro-stabilisé

Codes	**Nomenclatures**	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
	Le tarif comprend l'implant trochléen monobloc.			
3127942 301E01.3121	Genou, implant fémoral, bicondylien, cimenté.	**1209,00**	**1209,00**	**31/07/2018**
3151047 301E01.3122	Genou, implant fémoral, bicondylien, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	**1400,61**	**1400,61**	**31/07/2018**

Implant fémoral bicondylien de prothèse totale de genou (standard ou postérostabilisé)

Codes radiés au Journal Officiel.

Implant trochléen

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	À l'exception de la partie trochléenne de l'implant bicondylien monobloc, prise en charge dans les références 3127942 et 3151047.			
3110539 301E01.3131	Genou, implant trochléen, cimenté.	**401,41**	**401,41**	**31/07/2018**

3140931 301E01.313 2	Genou, implant trochléen, cimenté, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	**506,06**	**506,06**	**31/07/2018**

Implant fémoral de reprise, standard ou postéro stabilisé (tige fémorale incluse).

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3104987 301E01.321	Genou, implant fémoral de reprise, bicondylien, cimenté.	**1333,59**	**1333,59**	**31/07/2018**
3184058 301E01.322	Genou, implant fémoral de reprise, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	**1537,23**	**1537,23**	**31/07/2018**

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.

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3101606 301E01.331 1	Genou, implant unicompartimental ou insert tibial en polyéthylène seul.	**187,83**	**187,83**	**31/07/2018**
3131990 301E01.331 21	Genou, embase tibiale unicompartimentale, métallique, cimentée.	**437,92**	**437,92**	**31/07/2018**
3100920 301E01.331 22	Genou, embase tibiale unicompartimentale, métallique, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface.	**525,23**	**525,23**	**31/07/2018**

Implant bicompartimental, standard ou postéro stabilisé.

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3196133 301E01.332 1	Genou, implant tibial bicompartimental monobloc avec embase tout en polyéthylène.	**463,80**	**463,80**	**31/07/2018**
3181870 301E01.332 2	Genou, implant tibial bicompartimental ou insert tibial en polyéthylène seul.	**337,14**	**337,14**	**31/07/2018**
3152319 301E01.332 31	Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, cimentée.	**685,98**	**685,98**	**31/07/2018**
3191756 301E01.332 32	Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface.	**876,23**	**876,23**	**31/07/2018**

Embase de reprise pour implant tibial bicompartimental (tige incluse).

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 301E01.341	Genou, embase de reprise, cimentée.	**986,78**	**986,78**	**31/07/2018**
3175711 301E01.342	Genou, embase de reprise, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface	**1177,53**	**1177,53**	**31/07/2018**

Prothèse totale spéciale

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3195375 301E01.35	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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale. La demande d'entente préalable doit comporter la preuve médicale que la pose d'un implant standard ou de reprise ne convient pas.	**4201,33**	**4201,33**	**31/07/2018**

Implant patellaire

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3157570 301E01.361	Genou, implant patellaire en polyéthylène seul.	**124,78**	**124,78**	**31/07/2018**
3104830 301E01.362	Genou, implant patellaire en polyéthylène et métal cimenté.	**241,57**	**241,57**	**31/07/2018**
3173764 301E01.363	Genou, implant patellaire, polyéthylène et métal, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	**312,94**	**312,94**	**31/07/2018**

Implants complémentaires

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3101405 301E01.371	Genou, quille d'ancrage. À l'exception des tiges standards.	**249,27**	**249,27**	**31/07/2018**
3187157 301E01.372	Genou, cale de rattrapage. Dans la limite de 2 cales par prothèse totale sauf dans le cas prévu pour les références 3105811 et 3175711.	**248,85**	**248,85**	**31/07/2018**

Implant d'arthrodèse

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3171110 301E01.39	Genou, implant d'arthrodèse. Il comprend une tige fémorale et une tige tibiale solidaires d'une pièce intermédiaire non mobile.	**1349,97**	**1349,97**	**31-07-2018**

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 **609,80** € par intervention.

Société STRYKER France (STRYKER)

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3100972	Genou, implant méniscal, ancre non résorbable, STRYKER, AIR. DESCRIPTION AIR, dispositif de réparation méniscale de la société STRYKER France constitué de 2 éléments principaux : - l'implant (incluant les ancres et la suture) - le dispositif de déploiement L'implant est constitué de deux ancres non-résorbables composées de PolyEther Ether Ketone (PEEK) reliées par une suture non-résorbable 2-0 (3,0) en polyéthylène de haut poids moléculaire (Ultra High Molecular Weight PolyEthylene ou UHMWPE) avec nœud coulissant déjà noué et préchargé dans l'aiguille du dispositif de déploiement. Le dispositif de déploiement est constitué d'une aiguille, d'un limiteur de pénétration en profondeur et de deux mécanismes de déploiement selon les préférences de l'utilisateur : un curseur et un piston. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Implantation par voie arthroscopique antérieure. - prise en charge assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention REFERENCE PRISE EN CHARGE : Ref : 4720 AIR Meniscus System, Curved	**207,57**	**207,57**	**31-12-2022**
3105716	Genou, implant méniscal, ancre non résorbable, STRYKER, AIR + Système de réparation méniscale par voie arthroscopique AIR + de la société STRYKER France. DESCRIPTION AIR+, dispositif de réparation méniscale, est constitué de 2 éléments principaux: – l'implant (incluant les ancres et la suture) – le dispositif de déploiement L'implant est constitué de deux ancres non-résorbables	**207,57**	**207,57**	**01-08-2025**

	composées de Poly-Ether-Ether-Kétone (PEEK) reliées par une suture en polyéthylène de haut poids moléculaire tressé non-résorbable 2-0, avec noeud coulissant déjà noué et préchargé dans l'aiguille du dispositif de déploiement. Le dispositif de déploiement est constitué d'une aiguille en acier inoxydable de longueur ajustable, d'un limiteur de pénétration en profondeur en PEBAX et de deux mécanismes de déploiement des ancres, selon les préférences de l'utilisateur: un curseur et un piston. 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 RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Références prises en charge pour le dispositif AIR +: 4722, 4723			

Société ARTHREX S.A.S. (ARTHREX)

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**207,57**	**207,57**	**01-01-2020**
3194967	Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, ARTHREX, SPEEDCINCH. **DESCRIPTION** L'ancre méniscale SPEEDCINCH est constituée de deux aiguilles portant chacune une ancre méniscale en polyétheréthercétone non résorbable, liées par un fil de suture non résorbable en polyester tressé sur une partie centrale en polyéthylène de haut poids moléculaire. Ces sutures sont reliées par un nœud coulissant préparé. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** 3 points de sutures (soit 6 ancres) peuvent être pris en charge au maximum par intervention de réparation méniscale. REFERENCE PRISE EN CHARGE : AR-4502	**207,57**	**207,57**	**01-01-2022**
3169308	Genou, implant méniscal, ancre non résorbable, ARTHREX, MENISCAL CINCH II. **DESCRIPTION** L'ancre méniscale MENISCAL CINCH II de la société ARTHREX est constituée de deux aiguilles portant chacune une ancre méniscale en polyétheréthercétone (PEEK) non résorbable, liées par un fil de suture non résorbable en polyester tressé sur une partie centrale en polyéthylène de haut poids moléculaire (UHMWPE). Ces sutures sont reliées par un nœud coulissant préparé. Le conditionnement unitaire comporte : - deux ancres méniscales non résorbables, - un fil de suture non résorbable, - un ancillaire comportant une canule d'introduction et une jauge de profondeur. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** 3 points de sutures (soit 6 ancres) peuvent être pris en charge au maximum par intervention de réparation	**207,57**	**207,57**	**31-07-2024**

	méniscale. REFERENCE PRISE EN CHARGE AR-4501			
3175384	Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, ARTHREX, FIBERSTITCH. **DESCRIPTION** FIBERSTITCH est un dispositif de réparation méniscale, constitué: – d'une aiguille en acier inoxydable contenant 2 ancres méniscales souples en polyester non résorbables, pré-montées, liées par un fil de suture FIBERWIRE de 2-0 non résorbable, en fibre de polyéthylène de poids moléculaire ultra-élevé (UHMWPE). Ces sutures sont reliées par un noeud coulissant autobloquant à sens unique intégré à une des ancres et situé derrière le ménisque. La gaine d'introduction est en polyéthylène haute densité (PEHD). Le diamètre extérieur de l'aiguille est de 1,7 mm. – d'une jauge de profondeur rétractable qui permet de mesurer sous arthroscopie la distance entre la lésion et le mur méniscal périphérique. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** 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. **RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE** AR-4570	**207,57**	**207,57**	**01-12-2025**

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL (J&J)

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3104119	Implant méniscal, ancre résorbable ou non, OMNISPAN, de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division DEPUY SYNTHES Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, J&J, 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.	**207,57**	**207,57**	**01-07-2021**
3104378	Implant méniscal, ancre résorbable ou non, TRUESPAN, de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division DEPUY SYNTHES Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, J&J, TRUESPAN. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 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. 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.	**207,57**	**207,57**	**31-07-2022**
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, • traitement des lésions méniscales associées à une rupture ligamentaire.	**207,57**	**207,57**	**31-07-2022**

	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 228161: Système de réparation méniscale TRUESPAN PLGA / 12 degrés, résorbable 228162: Système de réparation méniscale TRUESPAN PLGA / 24 degrés, résorbable			

Société Smith & Nephew

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 ; - 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.	**207,57**	**207,57**	**15-09-2024**
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.	**207,57**	**207,57**	**30-09-2021**

Société CONMED France (CONMED)

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3198103	Genou, implant méniscal, ancre non résorbable 4 implants, CONMED, SEQUENT. Le système SEQUENT préchargé en 4 implants permet de réaliser jusqu'à 3 points de suture, correspondant à 6 ancres.	**415,15**	**415,15**	**15-08-2022**

	La prise en charge est assurée pour la référence suivante : - MR004C : système de réparation méniscale courbé ; 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.			

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

Codes	Références	TARIF en € TTC	PLV en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3168591	Genou, implant méniscal, ancre non résorbable, ZIMMER, JUGGERSTITCH DESCRIPTION Implant méniscal, ancre non résorbable JUGGERSTITCH de la société ZIMMER BIOMET. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les dispositifs de réparation méniscale sont implantés par voie arthroscopique antérieure. 3 points de sutures (soit 6 ancres) peuvent être pris en charge au maximum par intervention de réparation méniscale. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 110024772 ; 110024773	**207,58**	**207,58**	**31-12-2024**

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.

Les cotyles simple mobilité ont un insert fixe par rapport au métal-back.
Les inserts simple mobilité sont fixes par rapport au métal-back associé.
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) »

Tige standard (col inclus)

Codes	**Nomenclatures**	TARIF en € TTC	PLV en € TTC)	Date limite de fin de prise en charge
3149323 301E01.411	Hanche, tige standard, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.	**393,58**	**393,58**	**31/07/2017**
3199321 301E01.412	Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, cimentée.	**615,33**	**615,33**	**31/07/2017**
3165517 301E01.413	Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, non cimentée	**746,83**	**746,83**	**31/07/2017**

Société SCIENCE ET MEDECINE (SEM)

Codes	**Nomenclatures**	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge

3121129	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, SEM, LOUXOR. La tige LOUXOR s'associe à un col modulaire pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH), le tout en liaison avec une tête fémorale prothétique. Le mode de fixation de la tige LOUXOR est non cimenté. Les tiges fémorales LOUXOR à col modulaire sont en alliage de titane (TA6V) avec un revêtement en hydroxyapatite d'une épaisseur de 100 µm, la partie distale des tiges étant polie (exempte d'hydroxyapatite). Elles existent en 8 tailles d'une longueur allant de 139,25 mm à 168,5 mm. INDICATION - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. CONTRE-INDICATION - patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - patients obèses dont le poids est > à 100 kg. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - l'utilisation de LOUXOR doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de LOUXOR dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 13.20.03 ; 13.20.04 ; 13.20.05 ; 13.20.06 ; 13.20.07 ; 13.20.08 ; 13.20.09 ; 13.20.10 COL MODULAIRE 13.21.01 ; 13.21.02 ; 13.21.03 ; 13.21.04 ; 13.21.05 ; 13.21.06	**746,83**	**746,83**	**31-10-2023**
3132392	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, SEM, XO. La tige XO s'associe à un col modulaire pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH), le tout en liaison avec une tête fémorale prothétique. Le mode de fixation de la tige XO est non cimenté. Les tiges fémorales XO sans ciment à col modulaire sont en alliage de titane (TA6V) avec un revêtement en hydroxyapatite. Elles existent en 9 tailles d'une longueur allant de 137 mm à 170 mm. INDICATION - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou	**746,83**	**746,83**	**31-10-2023**

	secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. CONTRE-INDICATION - patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - patients obèses dont le poids est > à 100 kg. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - l'utilisation de XO sans ciment doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de XO sans ciment dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE TO.13.01 ; TO.13.02 ; TO.13.03 ; TO.13.04 ; TO.13.05 ; TO.13.06 ; TO.13.07 ; TO.13.08 ; TO.13.09 COL MODULAIRE 13.21.01 ; 13.21.02 ; 13.21.03 ; 13.21.04 ; 13.21.05 ; 13.21.06			
3173391	Hanche, tige, droite, modulaire, à cimenter, SEM, XO. La tige XO s'associe à un col modulaire pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH), le tout en liaison avec une tête fémorale prothétique. Le mode de fixation de la tige XO à cimenter est cimenté. Les tiges fémorales XO à cimenter à col modulaire sont en alliage de titane (TA6V). Elles existent en 9 tailles d'une longueur allant de 137 mm à 169,5 mm. INDICATION - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. CONTRE-INDICATION - patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - patients obèses dont le poids est > à 100 kg. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - l'utilisation de XO à cimenter doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de XO à cimenter dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ;	**615,33**	**615,33**	**31-10-2023**

	- la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE TO.13.11 ; TO.13.12 ; TO.13.13 ; TO.13.14 ; TO.13.15 ; TO.13.16 ; TO.13.17 ; TO.13.18 ; TO.13.19 COL MODULAIRE 13.21.01 ; 13.21.02 ; 13.21.03 ; 13.21.04 ; 13.21.05 ; 13.21.06			

Société ADLER ORTHO France (ADLER ORTHO)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3146112	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, ADLER ORTHO, HYDRA. DESCRIPTION La tige HYDRA s'associe au col modulaire MODULA SF pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémorale de la PTH. HYDRA La tige droite HYDRA est disponible en 11 tailles. La tige est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6Al4V conforme à la norme ISO5832-3) revêtu d'hydroxyapatite (80 +/- 20 microns). Elle a un profil à double conicité progressive de la partie métaphysaire avec une section quadrangulaire. Sa surface a des rainures horizontales en région métaphysaire et verticales en région distale. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Au niveau des indications : - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire HYDRA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : - l'utilisation d'HYDRA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'HYDRA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation d'HYDRA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration	**746,83**	**746,83**	**31-10-2023**

	anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE HYDRA, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 8 (0107100), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 9 (0107101), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 10 (0107102), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 11 (0107103), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 12 (0107104), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 13 (0107105), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 14 (0107106), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 15 (0107107), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 16 (0107108), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 17 (0107109), HYDRA® CEMENTLESS STEM SIZE 18 (0107110) MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230.			
3122318	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, ADLER ORTHO, RECTA DESCRIPTION La tige RECTA s'associe au col modulaire MODULA SF pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémorale de la PTH. RECTA La tige RECTA rectiligne est disponible en 9 tailles (1 à 9). RECTA est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6AI4V ISO 5832/3 ASTM F136) répondant aux tests prévus par les normes spécifiques ISO 7206/4 et ISO 7206/8. Un traitement de surface au corindon lui donne une rugosité spécifique (Ra = 6-8 microns). L'extrémité inférieure de la tige a une forme conique avec des dimensions plus petites et minces. Cette tige a un encombrement antéropostérieur réduit. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Au niveau des indications : - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire RECTA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : - l'utilisation de RECTA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de RECTA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation de RECTA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg.	**746,83**	**746,83**	**31-10-2023**

	Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE RECTA, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 1 (0102101), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 2 (0102102), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 3 (0102103), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 4 (0102104), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 5 (0102105), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 6 (0102106), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 7 (0102107), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 8 (0102108), RECTA® STANDARD CEMENTLESS STEM SIZE 9 (0102109), MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230			
3138377	Hanche, tige, droite, modulaire, cimentée, ADLER ORTHO, HYDRA DESCRIPTION Les tiges HYDRA cimentées s'associent au col modulaire MODULA SF pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche. Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémoral de la PTH. HYDRA La tige droite HYDRA est disponible en 9 tailles. La tige est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6AI4V ISO 5832/3 ASTM F736) conformément aux normes spécifiques ISO 7206/4 et ISO 7206/B. La tige possède un profil particulier à double conicité progressive de la partie métaphysaire afin de prévenir les risques d'enfoncement. La tige HYDRA à cimenter est lisse, polie brillante pour limiter les phénomènes d'abrasion et de rupture du ciment. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire HYDRA doit être limitée aux situations restreintes	**615,33**	**615,33**	**31-10-2023**

	d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - l'utilisation d'HYDRA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'HYDRA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation d'HYDRA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE HYDRA, tige à col modulaire, rectiligne, cimentée, HYDRA CEMENTED STEM SIZE 8 (0187300), HYDRA CEMENTED STEM SIZE 9 (0187301) HYDRA CEMENTED STEM SIZE 10 (0187302, HYDRA CEMENTED STEM SIZE 11 0187303, HYDRA CEMENTED STEM SIZE 12 (0187304), HYDRA CEMENTED STEM SIZE 13 (0187305), HYDRA CEMENTED STEM SIZE 14 (0187306), HYDRA CEMENTED STEM SIZE 15 (0187307), HYDRA CEMENTED STEM SIZE 16 (0187308) MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230.			
3146141	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, ADLER ORTHO, ACUTA DESCRIPTION La tige ACUTA s'associe au col modulaire MODULA S.F pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémorale de la PTH. ACUTA La tige ACUTA est disponible en 10 tailles (de 13 à 22), les tailles 24 et 26 sont disponibles sur demande. ACUTA est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6Al4V conforme à la norme ISO5832-3). Elle est conique droite avec des ailettes d'ancrage longitudinale de profondeur croissante de 1,2 mm pour la plus petite taille jusqu'à 2,0 mm pour la plus grande taille. La surface est rugueuse pour l'accroche osseuse secondaire. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire ACUTA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications :	**746,83**	**475,83**	**31-10-2023**

	- l'utilisation d'ACUTA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'ACUTA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation d'ACUTA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ACUTA, tige droite, non cimentée, TIGE ACUTA SANS CIMENT T13 (0105113), TIGE ACUTA SANS CIMENT T14 (0105114), TIGE ACUTA SANS CIMENT T15 (0105115), TIGE ACUTA SANS CIMENT T16 (0105116), TIGE ACUTA SANS CIMENT T17 (0105117), TIGE ACUTA SANS CIMENT T18 (0105118), TIGE ACUTA SANS CIMENT T19 (0105119), TIGE ACUTA SANS CIMENT T20 (0105120), TIGE ACUTA SANS CIMENT T21 (0105121), TIGE ACUTA SANS CIMENT T22 (0105122), TIGE ACUTA SANS CIMENT T24 (0105124), TIGE ACUTA SANS CIMENT T26 (0105126) MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230			

Société LIMA FRANCE (LIMA)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3139610	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, LIMA, H-MAX M La tige H-MAX M est une tige droite autobloquante en alliage de titane avec un revêtement en hydroxyapatite et une projection de particules de corindron (aspect rugueux). La tige H-MAX M est disponible en 10 tailles avec une augmentation incrémentale de 1 mm en vue frontale et 0,5 mm en vue latérale par taille. La tige à col modulaire H-MAX M est destinée au remplacement prothétique de l'articulation de la hanche. Elle nécessite d'être associée à une tête fémorale pour constituer le versant fémoral d'une prothèse	**746,83**	**746,83**	**15-10-2023**

	totale de hanche. INDICATIONS - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur CONTRE-INDICATION - patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - patients obèses dont le poids est > à 100 kg MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - L'utilisation de H-MAX M sans ciment doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation de H-MAX M sans ciment dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques REFERENCES PRISES EN CHARGE 4205.20.090 ; 4205.20.100 ; 4205.20.110 ; 4205.20.120 ; 4205.20.130 ; 4205.20.140 ; 4205.20.150 ; 4205.20.160 ; 4205.20.170 ; 4205.20.180			

Société MICROPORT SCIENTIFIC S.A.S. (MICROPORT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3110491	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, MICROPORT, PROFEMUR L DESCRIPTION PROFEMUR L est une tige à col modulaire rectiligne (droite) fabriquée dans un alliage de titane forgé (Ti6Al4V, ASTM F620). La section distale de la tige est striée de rainures parallèles à l'axe longitudinal de la tige sur toutes les faces ; l'extrémité distale est arrondie. La section proximale est striée sur ses surfaces antérieure, postérieure et interne de rainures perpendiculaires à l'axe longitudinal de la tige et parallèles entre elles ; au sommet il y a une encoche de guidage destinée à l'impaction. Leur mise en place s'effectue sans ciment, par impaction ou « press-fit ». Des kits d'instrumentation générale et d'instruments spécifiques aux tiges PROFEMUR GLADIATOR (sans ciment) sont fournis pour la pose. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur.	**746,83**	**746,83**	**15-06-2023**

	MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire PROFEMUR L doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation de PROFEMUR L doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation de PROFEMUR L dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation de PROFEMUR L est contre indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). REFERENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR L, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, TAILLE 1 (PHA05502), TAILLE 2 (PHA05504), TAILLE 3 (PHA05506), TAILLE 4 (PHA05508), TAILLE 5 (PHA05510), TAILLE 6 (PHA05512), TAILLE 7 (PHA05514), TAILLE 8 (PHA05516), TAILLE 9 (PHA05518), TAILLE 10 (PHA05520), TAILLE 11 (PHA05522). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			
3169768	Hanche, tige, droite, modulaire, MICROPORT, PROFEMUR GLADIATOR à cimenter DESCRIPTION PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) est une tige à col modulaire rectiligne et conique, fabriquée dans un alliage de chrome et de cobalt (CrCo) avec collerette d'appui. Le revêtement de la tige est lisse. Sa mise en place nécessite l'usage de ciment. Au sommet, il y a une encoche de guidage destinée à l'impaction. Au niveau de la pointe, un centreur distal peut être placé ; il est destiné à favoriser la répartition uniforme du ciment.	**615,33**	**615,33**	**15-06-2023**

	Des kits d'instrumentation générale et d'instruments spécifiques à la tige PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) sont fournis pour la pose. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter) est contre indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. REFERENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR GLADIATOR (à cimenter), tige à col modulaire, rectiligne, TAILLE 4 (PRGLCM04), TAILLE 6 (PRGLCM06), TAILLE 8 (PRGLCM08), TAILLE 10 (PRGLCM10), TAILLE 12 (PRGLCM12). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			
3141942	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, MICROPORT, PROFEMUR GLADIATOR HA DESCRIPTION PROFEMUR GLADIATOR HA (non cimenté) est une tige à col modulaire rectilignes et conique, fabriquée dans un alliage de titane forgé (Ti6Al4V, ASTM F620) et revêtue d'hydroxyapatite.	**746,83**	**746,83**	**15-06-2023**

	La section distale des tiges est striée de rainures parallèles à l'axe longitudinal des tiges sur toutes les faces ; l'extrémité distale est arrondie. La section proximale est striée sur ses surfaces antérieure, postérieure et interne de rainures perpendiculaires à l'axe longitudinal des tiges et parallèles entre elles ; au sommet, il y a une encoche de guidage destinée à l'impaction. La mise en place s'effectue sans ciment, par impaction ou « press-fit ». Les tiges diffèrent entre elles par la présence ou non d'une collerette destinée à renforcer l'appui au sommet. Des kits d'instrumentation générale et d'instruments spécifiques aux tiges PROFEMUR GLADIATOR (sans ciment) sont fournis pour la pose. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire PROFEMUR GLADIATOR HA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR HA (sans ciment) doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR HA (sans ciment) dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation de PROFEMUR GLADIATOR HA (sans ciment) est contre indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. REFERENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR GLADIATOR HA avec collerette, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, TAILLE 1 (PRGLHA01), TAILLE 2 (PRGLHA02), TAILLE 3 (PRGLHA03), TAILLE 4 (PRGLHA04), TAILLE 5 (PRGLHA05), TAILLE 6 (PRGLHA06), TAILLE 7 (PRGLHA07), TAILLE 8 (PRGLHA08), TAILLE 9			

	(PRGLHA09), TAILLE 10 (PRGLHA10). PROFEMUR GLADIATOR HA sans collerette, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, TAILLE 11 (PRGLHA11), TAILLE 12 (PRGLHA12), TAILLE 13 (PRGLHA13), TAILLE 14 (PRGLHA14), TAILLE 15 (PRGLHA15), TAILLE 16 (PRGLHA16), TAILLE 17 (PRGLHA17), TAILLE 18 (PRGLHA18), TAILLE 19 (PRGLHA19), TAILLE 20 (PRGLHA20). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			
3130772	Hanche, tige, droite, modulaire, non cimentée, MICROPORT, PROFEMUR Z DESCRIPTION Les tiges PROFEMUR sont en alliage de titane forgé (Ti6Al4V, ASTM F620). Ces tiges à col modulaire s'associent au col modulaire PROFEMUR pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co) ou en céramique pour constituer le composant principal de la PTH. Leur mise en place s'effectue sans ciment, par impaction ou « press-fit ». PROFEMUR Z PROFEMUR Z est une tige à col modulaire rectiligne (droite) fabriquée dans un alliage de titane forgé (Ti6Al4V, ASTM F620). La section distale de la tige est conique ; l'extrémité distale est arrondie. La section proximale a à son sommet une encoche de guidage destinée à l'impaction. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire PROFEMUR Z doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM. Au niveau des indications : - l'utilisation de PROFEMUR Z doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de PROFEMUR Z dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation de PROFEMUR Z est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ;	**746,83**	**746,83**	**15-06-2023**

	- la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR Z, tige à col modulaire, rectiligne, non cimentée, TAILLE 1 (PHA00232), TAILLE 2 (PHA00234), TAILLE 3 (PHA00236), TAILLE 4 (PHA00238), TAILLE 5 (PHA00240), TAILLE 6 (PHA00242), TAILLE 7 (PHA00244), TAILLE 8 (PHA00246), TAILLE 9 (PHA00248). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV2 LONG CONE 12/14 (PHAC1214), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			

Tige anatomique (col inclus)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
	Une tige anatomique est une tige à remplissage fémoral proximal droit ou gauche ou à courbure proximale droite ou gauche.			
3144538 301E01.421	Hanche, tige anatomique, col inclus, cimentée.	**756,15**	**756,15**	**31/07/2017**
3174960 301E01.422	Hanche, tige anatomique, col inclus, non cimentée.	**886,60**	**886,60**	**31/07/2017**

Société ADLER ORTHO France (ADLER ORTHO)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3139402	Hanche, tige anatomique, col inclus, non cimentée, ADLER ORTHO, APTA DESCRIPTION	**886,60**	**886,60**	**31-10-2023**

	Les tiges APTA non cimentées s'associent au col modulaire MODULA SF pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche. Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémoral de la PTH. APTA La tige anatomique APTA est disponible en 8 tailles pour le fémur droit et 8 tailles pour le fémur gauche. La tige est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6AI4V ISO 5832/3 ASTM F736) conformément aux normes spécifiques ISO 7206/4 et ISO 7206/B, avec un revêtement de titane poreux de 400 microns dans la région proximale appliqué par choc thermique (plasma spray) et un revêtement d'hydroxyapatite de 50 microns (conformément au standard ASTM F1185) sur sa longueur. La partie distale est droite et les courbes de la tige dans la partie métaphysaire suivent la torsion naturelle du fémur. La tige est courte, avec une extrémité distale chanfreinée. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire APTA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - l'utilisation d'APTA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'APTA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation d'APTA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : - le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE APTA, tige à col modulaire, anatomique, non cimentée, APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 1 RIGHT (0101101), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 2 RIGHT (0101102), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 3 RIGHT (0101103), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 4 RIGHT (0101104), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 5 RIGHT (0101105), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 6 RIGHT (0101106), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 7 RIGHT (0101107), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 8 RIGHT (0101108), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA			

	COATED SIZE 1 LEFT (0101111), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 2 LEFT (0101112), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 3 LEFT (0101113), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 4 LEFT (0101114), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 5 LEFT (0101115), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 6 LEFT (0101116), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 7 LEFT (0101117), APTA® ANATOMICAL CEMENTLESS STEM TI+HA COATED SIZE 8 LEFT (0101118) MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230.			
3163837	Hanche, tige anatomique, col inclus, cimentée, ADLER ORTHO, APTA DESCRIPTION Les tiges APTA cimentées s'associent toutes au col modulaire MODULA SF pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche. Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co-Mo) ou en céramique Biolox Delta pour constituer le composant fémoral de la PTH. APTA La tige anatomique APTA est disponible en 8 tailles pour le fémur droit et 8 tailles pour le fémur gauche. La tige est fabriquée dans un alliage de titane (Ti6AI4V ISO 5832/3 ASTM F736) conformément aux normes spécifiques ISO 7206/4 et ISO 7206/B. La partie distale est droite et les courbes de la tige dans la partie métaphysaire suivent la torsion naturelle du fémur. La tige APTA à cimenter est lisse, polie brillante pour limiter les phénomènes d'abrasion et de rupture du ciment. La présence d'une collerette permet d'augmenter la pressurisation du ciment acrylique dans la phase de pose de la tige. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre, les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales ; - fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire APTA doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - l'utilisation d'APTA doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'APTA dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation d'APTA est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ;	**756,15**	**756,15**	**31-10-2023**

	- lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE APTA, tige à col modulaire, anatomique, cimentée, APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 1 RIGHT (0181201), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 2 RIGHT (0181202), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 3 RIGHT (0181203), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 4 RIGHT (0181204), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 5 RIGHT (0181205), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 6 RIGHT (0181206), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 7 RIGHT (0181207), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 8 RIGHT (0181208), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 1 LEFT (0181211), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 2 LEFT (0181212), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 3 LEFT (0181213), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 4 LEFT (0181214), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 5 LEFT (0181215), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 6 LEFT (0181216), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 7 LEFT (0181217), APTA ANATOMICAL CEMENTED STEM W/COLLAR SIZE 8 LEFT (0181218) MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230.			

Société AMPLITUDE

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3152207	Hanche, tige anatomique, col inclus, cimentée, AMPLITUDE, ACOR DESCRIPTION La tige anatomique ACOR (à cimenter) s'associe au col modulaire AMPLITUDE pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale métal M30NW ou en céramique d'alumine pour constituer le composant fémoral de la PTH. Tige fémorale ACOR (à cimenter) Il s'agit d'une tige anatomique, c'est-à-dire ayant une double courbure dans le plan sagittal en fonction de la version droite ou gauche. Les tiges sont fabriquées en titane (TAV6). La fixation nécessite l'adjonction de ciment. La tige est lisse (poli miroir) et partiellement rainurée. Au sommet de la tige se situe un orifice elliptique destiné à recevoir le col modulaire par impaction (système de cône Morse). Dans le fond de cet orifice, un système de vissage permet d'adapter les instruments nécessaires à l'extraction de la tige. La gamme est constituée de 7 tailles de tige droite et de 7 tailles de tige gauche. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou	**756,15**	**756,15**	**15-06-2024**

	tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire ACOR doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation d'ACOR (à cimenter) doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors norme compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation d'ACOR (à cimenter) dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation d'ACOR (à cimenter) est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : - Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Taille 1 : 1-01070G1 ; 1-01070D1 | Taille 2 : 1-01070G2 ; 1-01070D2 | Taille 3 : 1-01070G3 ; 1-01070D3 | Taille 4 : 1-01070G4 ; 1-01070D4 | Taille 5 : 1-01070G5 ; 1-01070D5 | Taille 6 : 1-01070G6 ; 1-01070D6 | Taille 7 : 1-01070G7 ; 1-01070D7 Col modulaire : 1-0106701 ; 1-0106702 ; 1-0106703 ; 1-0106704 ; 1-0106705 ; 1-0191001 ; 1-0191002 ; 1-0191003 ; 1-0191004			
3154063	Hanche, tige anatomique, col inclus, non cimentée, AMPLITUDE, ACOR DESCRIPTION La tige anatomique ACOR (sans ciment) s'associe au col modulaire AMPLITUDE pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale métal M30NW ou en céramique d'alumine pour constituer le composant fémoral de la PTH. Tige fémorale ACOR (sans ciment) Il s'agit d'une tige anatomique, c'est-à-dire ayant une double courbure dans le plan sagittal en fonction de la version droite ou gauche. Les tiges sont fabriquées en titane (TAV6). La fixation s'effectue sans ciment. La tige est revêtue d'hydroxyapatite (HAP) d'une épaisseur de 80 µm sur toutes les parties en contact avec l'os. Elle est partiellement rainurée.	**886,60**	**886,60**	**15-06-2024**

	Au sommet de la tige se situe un orifice elliptique destiné à recevoir le col modulaire par impaction (système de cône Morse). Dans le fond de cet orifice, un système de vissage permet d'adapter les instruments nécessaires à l'extraction de la tige. La gamme est constituée de 7 tailles de tige droite et de 7 tailles de tige gauche. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathies, parmi lesquelles figurent au premier rang par le nombre les coxarthroses, primitives ou secondaires, suivies des autres atteintes articulaires, rhumatismales, vasculaires métaboliques ou tumorales, - Fractures de l'extrémité proximale du fémur. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire ACOR doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation d'ACOR (sans ciment) doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors norme compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation d'ACOR (sans ciment) dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation d'ACOR (sans ciment) est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : - Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Taille 1 : 1-01066G1 ; 1-01066D1 | Taille 2 : 1-01066G2 ; 1-01066D2 | Taille 3 : 1-01066G3 ; 1-01066D3 | Taille 4 : 1-01066G4 ; 1-01066D4 | Taille 5 : 1-01066G5 ; 1-01066D5 | Taille 6 : 1-01066G6 ; 1-01066D6 | Taille 7 : 1-01066G7 ; 1-01066D7 Col modulaire : 1-0106701 ; 1-0106702 ; 1-0106703 ; 1-0106704 ; 1-0106705 ; 1-0191001 ; 1-0191002 ; 1-0191003 ; 1-0191004			
3118765	Hanche, tige de reprise, col inclus, non cimentée, AMPLITUDE, OPTIMAL DESCRIPTION La tige anatomique OPTIMAL s'associe au col modulaire AMPLITUDE pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale métal M30NW ou en céramique d'alumine pour constituer le composant fémoral de la PTH. Tige fémorale OPTIMAL Il s'agit d'une tige anatomique, c'est-à-dire ayant une double courbure dans le plan sagittal en fonction de la version droite ou gauche. Les tiges sont fabriquées en titane (TAV6). La fixation s'effectue sans ciment. La partie proximale de la tige, jusqu'à environ 70 mm de la pointe distale, est revêtue d'hydroxyapatite (HAP) d'une épaisseur de 80 µm. Elle est partiellement rainurée et possède deux orifices permettant la mise en place d'un cerclage.	**884,49**	**884,49**	**15-06-2024**

	Au sommet de la tige se situe un orifice elliptique destiné à recevoir le col modulaire par impaction (système de cône Morse). Dans le fond de cet orifice, un système de vissage permet d'adapter les instruments nécessaires à l'extraction de la tige. La pointe distale de la tige est poli miroir. Elle possède deux trous permettant d'insérer si besoin une ou deux clavettes de verrouillage. La gamme est constituée de 5 tailles de tige droite et de 5 tailles de tige gauche. Pour chacune de ces 5 tailles de chaque version (droite ou gauche) une tige courte de reprise (longueur 200 mm) et une tige longue de reconstruction est disponible (longueur 250 mm). Les tailles 3 et 5 sont proposées avec plusieurs diamètres de tige. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Reprise d'arthroplastie de hanche ; - Certains cas particuliers d'arthroplastie de hanche de première intention, lorsque les données anatomiques du patient nécessitent une tige de plus de 15 cm. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire OPTIMAL doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation d'OPTIMAL doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors norme compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation d'OPTIMAL dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation d'OPTIMAL est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : - Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 1-01073L1 ; 1-01073R1 ; 1-01073L2 ; 1-01073R2 ; 1-01073L3 ; 1-01073R3 ; 1-01073L4 ; 1-01073R4 ; 1-01073L5 ; 1-01073R5 ; 1-01076L3 ; 1-01076R3 ; 1-01076L5 ; 1-01076R5			
3147940	Hanche, tige de reconstruction, col inclus, non cimentée, AMPLITUDE, OPTIMAL DESCRIPTION La tige anatomique OPTIMAL s'associe au col modulaire AMPLITUDE pour former une tige fémorale de	**1096,04**	**1096,04**	**15-06-2024**

	prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale métal M30NW ou en céramique d'alumine pour constituer le composant fémoral de la PTH. Tige fémorale OPTIMAL Il s'agit d'une tige anatomique, c'est-à-dire ayant une double courbure dans le plan sagittal en fonction de la version droite ou gauche. Les tiges sont fabriquées en titane (TAV6). La fixation s'effectue sans ciment. La partie proximale de la tige, jusqu'à environ 70 mm de la pointe distale, est revêtue d'hydroxyapatite (HAP) d'une épaisseur de 80 µm. Elle est partiellement rainurée et possède deux orifices permettant la mise en place d'un cerclage. Au sommet de la tige se situe un orifice elliptique destiné à recevoir le col modulaire par impaction (système de cône Morse). Dans le fond de cet orifice, un système de vissage permet d'adapter les instruments nécessaires à l'extraction de la tige. La pointe distale de la tige est poli miroir. Elle possède deux trous permettant d'insérer si besoin une ou deux clavettes de verrouillage. La gamme est constituée de 5 tailles de tige droite et de 5 tailles de tige gauche. Pour chacune de ces 5 tailles de chaque version (droite ou gauche) une tige courte de reprise (longueur 200 mm) et une tige longue de reconstruction est disponible (longueur 250 mm). Les tailles 3 et 5 sont proposées avec plusieurs diamètres de tige. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Reprise d'arthroplastie de hanche ; - Certains cas particuliers d'arthroplastie de hanche de première intention, lorsque les données anatomiques du patient nécessitent une tige de plus de 15 cm. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire OPTIMAL doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM, à savoir : Au niveau des indications : - L'utilisation d'OPTIMAL doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors norme compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion). - L'utilisation d'OPTIMAL dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : - L'utilisation d'OPTIMAL est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : - Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité, - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient : - Le patient doit être informé du rapport bénéfice/risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 1-01074L1 ; 1-01074R1 ; 1-01074L2 ; 1-01074R2 ; 1-01074L3 ; 1-01074R3 ; 1-01074L4 ; 1-01074R4 ; 1-01074L5 ; 1-01074R5 ; 1-01077L3 ; 1-01077R3 ; 1-01077L5 ; 1-01077R5			

Tige de reprise (col inclus)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
	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 301E01.431	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.	**583,48**	**583,48**	**31/07/2017**
3198528 301E01.432	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, cimentée.	**782,79**	**782,79**	**31/07/2017**
3135692 301E01.433	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, non cimentée.	**884,49**	**884,49**	**31/07/2017**

Société SYMBIOS ORTHOPEDIE (SYMBIOS)

Code	Nomenclatures	TARIF (en € TTC)	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3197948	Hanche, tige de reprise, modulaire, non cimentée, SYMBIOS, ATLANTIS MODULAR La tige ATLANTIS MODULAR s'associe au col modulaire MODULAR NECK pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH), le tout en liaison avec une tête fémorale prothétique. Le mode de fixation de la tige ATLANTIS MODULAR est non cimenté. INDICATION Reprise d'arthroplastie totale de hanche CONTRE-INDICATION - patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - patients obèses dont le poids est > à 100 kg. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - l'utilisation d'ATLANTIS doit être réservée à des situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation d'ATLANTIS dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau de la pratique opératoire : - une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; - Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g).	**884,49**	**884,49**	**15-09-2023**

	Concernant le suivi du patient : Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. REFERENCES PRISES EN CHARGE 3027 1000 ; 3027 1001 ; 3027 1200 ; 3027 1201 ; 3027 1400 ; 3027 1401 ; 3027 1600 ; 3027 1601 ; 3027 1800 ; 3027 1801.			

Société MICROPORT SCIENTIFIC S.A.S. (MICROPORT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3178419	Hanche, tige de reprise, droite, modulaire, non cimentée, MICROPORT, PROFEMUR R DESCRIPTION Les tiges PROFEMUR sont en alliage de titane forgé (Ti6Al4V, ASTM F620). Ces tiges à col modulaire s'associent au col modulaire PROFEMUR pour former une tige fémorale de prothèse totale de hanche (PTH). Cette tige fémorale est associée à une tête fémorale en métal (Cr-Co) ou en céramique pour constituer le composant principal de la PTH. Leur mise en place s'effectue sans ciment, par impaction ou « press-fit ». PROFEMUR R PROFEMUR R est une tige à col modulaire constituées de deux composants : celui de la partie distale est rectiligne et celui de la partie proximale. Le couplage entre ces deux composants est fait par cône morse et, optionnellement, par une vis de fixation interne. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Reprise d'arthroplastie de hanche ; - Certains cas particuliers d'arthroplastie de hanche de première intention, lorsque les données anatomiques du patient nécessitent une tige de plus de 15 cm. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation de la tige fémorale à col modulaire PROFEMUR R doit être limitée aux situations restreintes d'utilisation recommandées par l'ANSM. Au niveau des indications : - l'utilisation de PROFEMUR R doit être réservée à situations cliniques spécifiques ou à des conformations anatomiques particulières telles que le traitement des dysplasies, ou les fémurs hors normes compte tenu d'un ou plusieurs paramètres (varus, longueur, offset, ante ou rétroversion) ; - l'utilisation de PROFEMUR R dans ces situations ne doit pas être systématique. Au niveau des contre-indications : L'utilisation de PROFEMUR R est contre-indiquée : - chez les patients ayant des activités à risque, pratiquées de manière intensive ; - chez les patients obèses dont le poids est > à 100 kg. Au niveau de la pratique opératoire : Une planification préopératoire est indispensable pour évaluer les conditions optimales de la restauration anatomique ; elle exclut la pose en urgence de ces prothèses à col modulaire ; Lors de la pose : - le col modulaire doit être inséré dans un logement parfaitement nettoyé et asséché pour diminuer la micromobilité ; - la force d'impaction doit être suffisante pour atteindre les valeurs retenues lors des tests mécaniques de validation, soit 3 impacts fermes (3 coups de marteau d'au moins 300 g). Concernant le suivi du patient :	**884,49**	**884,49**	**15-06-2023**

	Le patient doit être informé du rapport bénéfice / risque des tiges à col modulaire en insistant sur la nécessité de visites de suivi régulières avec radiographies voire dosages sanguins en cas de pathologies pouvant être liées à la libération de débris métalliques. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR R, composant distal rectiligne, longueur 135mm, diamètre 10mm (PPW38000), 11mm (PPW38001), 12mm (PPW38002), 13mm (PPW38003), 14mm (PPW38004), 15mm (PPW38005), 16mm (PPW38006), 17mm (PPW38007), 18mm (PPW38008), 19mm (PPW38009), 20mm (PPW38010), 21mm (PPW38011), 22mm (PPW38012). PROFEMUR R, composant distal anatomique, longueur 175mm, diamètre 10mm (PPW38020), 11mm (PPW38021), 12mm (PPW38022), 13mm (PPW38023), 14mm (PPW38024), 15mm (PPW38025), 16mm (PPW38026), 17mm (PPW38027), 18mm (PPW38028), 19mm (PPW38029), 20mm (PPW38030), 21mm (PPW38031), 22mm (PPW38032). PROFEMUR R, composant distal anatomique, longueur 215mm, diamètre 10mm (PPW38040), 11mm (PPW38041), 12mm (PPW38042), 13mm (PPW38043), 14mm (PPW38044), 15mm (PPW38045), 16mm (PPW38046), 17mm (PPW38047), 18mm (PPW38048), 19mm (PPW38049), 20mm (PPW38050), 21mm (PPW38051), 22mm (PPW38052). PROFEMUR R, composant proximal, revêtement plasma titane, X-SMALL (PPW38354), EX/SMALL (PPW38358), SMALL (PPW38360), STD1 (PPW38361), STD2 (PPW38362), STD3 (PPW38363), STD4 (PPW38364), LARGE (PPW38365). PROFEMUR R, composant proximal, revêtement HA, EX/SMALL (PPW39009), SMALL (PPW39122), STD1 (PPW39124), STD2 (PPW39126), STD3 (PPW39128), STD4 (PPW39130), LARGE (PPW39132). PROFEMUR R, composant proximal, sablé, EX/SMALL (PPW38058), SMALL (PPW39102), STD1 (PPW39104), STD2 (PPW39106), STD3 (PPW39108), STD4 (PPW39110), LARGE (PPW39112). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV2 LONG CONE 12/14 (PHAC1214), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			

Tige de reconstruction (col inclus)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
	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 301E01.441	Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, cimentée.	**962,31**	**962,31**	**31/07/2017**
3122169 301E01.442	Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, non cimentée.	**1096,04**	**1096,04**	**31/07/2017**

Col modulaire

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.

Société LIMA FRANCE (LIMA)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3122005	Hanche, col modulaire, LIMA, H-MAX M Les cols modulaires LIMA, H-MAX M sont compatibles avec la tige fémorale H-MAX M et sont en Cobalt Chrome Molybdène (CoCrMo) et polis en miroir. La modularité intervient à 3 niveaux : - Longueur : courte ou longue. La différence de longueur est de 10,5 mm ; - « Offset » : standard ou latéralisé ; - Orientation : neutre/antéversé/rétroversé REFERENCES PRISES EN CHARGE 4220.09.110 ; 4220.09.130 ; 4220.09.210 ; 4220.09.230 ; 4220.09.310 ; 4220.09.330 ; 4225.09.110 ; 4225.09.130 ; 4225.09.210 ; 4225.09.230 ; 4225.09.310 ; 4225.09.330	**118,66**	**118,66**	**15-10-2023**

Société SYMBIOS ORTHOPEDIE (SYMBIOS)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3128829	Hanche, col modulaire, SYMBIOS, MODULAR NECK Les cols modulaires MODULAR NECK sont compatibles avec la tige ATLANTIS MODULAR et sont constitués de Chrome Cobalt Molybdène (CrCoMo). La partie distale (oblong mâle) est destinée à être impactée dans la tige et la partie proximale est un cône de type 12/14 5°40, destiné à être associé à une tête fémorale (métallique ou céramique.	**118,66**	**118,66**	**15-09-2023**
	REFERENCES PRISES EN CHARGE 3314 0002 ; 3314 0003 ; 3314 1082 ; 3314 1083 ; 3314 2152 ; 3314 2153 ; 3314 4002 ; 3314 4003 ; 3314 4012 ; 3314 4013			

Société MICROPORT SCIENTIFIC S.A.S. (MICROPORT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3158374	Hanche, col amovible à double cône morse, MICROPORT, PROFEMUR. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Chrome-Cobalt, COL DROIT COURT CONE 12/14	**118,66**	**118,66**	**15-06-2023**

	(PHAC1202), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1232), COL AR 8° LONG CONE 12/14 (PHAC1234), COL DROIT LONG CONE 12/14 (PHAC1204), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHAC1212), COL AR VV2 LONG CONE 12/14 (PHAC1214), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHAC1222), COL AR VV1 LONG CONE 12/14 (PHAC1224), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHAC1242), COL AR 15° LONG CONE 12/14 (PHAC1244), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHAC1252). PROFEMUR, col modulaire, double cône morse, Titane, COL DROIT COURT CONE 12/14 (PHA01202), COL AR VV2 COURT CONE 12/14 (PHA01212), COL AR VV1 COURT CONE 12/14 (PHA01222), COL AR 8° COURT CONE 12/14 (PHA01232), COL AR 15° COURT CONE 12/14 (PHA01242), COL VARUS VALGUS 8° COURT CONE 12/14 (PHA01252), COL VARUS VALGUS 15° COURT CONE 12/14 (PHA01262).			

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.

Société ADLER ORTHO France (ADLER ORTHO)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3179301	Hanche, col amovible à double cône morse, ADLER ORTHO, MODULA RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE MODULA S.F., col modulaire, double cône morse, Titane, Col MODULA® 12/14 S.F. 0460110, 0460210, 0460220, 0460310, 0460320, 0460330, 0469110, 0469120, 0469130, 0469210, 0469220, 0469310, 0469320, 0469330, 0469230	**118,66**	**118,66**	**31-10-2023**

Société SCIENCE ET MEDECINE (SEM)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3104444	Hanche, col modulaire, SEM, LOUXOR-XO. Les cols modulaires SEM sont compatibles avec la tige fémorale LOUXOR et XO et sont constitués d'un alliage de titane (TA6V). Ils existent en 3 longueurs différentes : courte, moyenne et longue. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 13.21.01 ; 13.21.02 ; 13.21.03 ; 13.21.04 ; 13.21.05 ; 13.21.06	**118,66**	**118,66**	**31-10-2023**

Société AMPLITUDE

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3180497	Hanche, col modulaire, AMPLITUDE, AMPLITUDE La gamme est constituée de 4 cols modulaires réversibles AMPLITUDE en alliage de titane compatibles avec les tiges anatomiques ACOR. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 1-0106701 ; 1-0106702 ; 1-0106703 ; 1-0106704 ; 1-0106705 ; 1-0191001 ; 1-0191002 ; 1-0191003 ; 1-0191004	**118,66**	**118,66**	**15-06-2024**

Tête et tête à jupe

Standards

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 301E01.451	Hanche, tête ou tête à jupe, métallique. Tête ou tête à jupe, métallique (métal ou alliage métallique).	**176,73**	**176,73**	**31/07/2017**
3111390 301E01.452	Hanche, tête ou tête à jupe, céramique.	**312,77**	**312,77**	**31/07/2017**

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.

Société SMITH et NEPHEW S.A.S (SMITH)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3111881	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 22mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500 °C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR. INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**

	alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. Pour le couple de frottement OXINIUM-PE : - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PE - Diamètre 22 mm : longueur de col +0, ref 71342200 ; longueur de col +4, ref 71342204 ; longueur de col+8, ref 71342208 Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 22 mm : longueur de col +0, ref 71342200 ; longueur de col +4, ref 71342204 ; longueur de col+8, ref 71342208			
3138058	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 28mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500°C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR. INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. Pour le couple de frottement OXINIUM-PE : - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ;	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**

	- Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PE - Diamètre 28 mm : longueur de col -3, ref 71342803 ; longueur de col +0, ref 71342800 ; longueur de col +4, ref 71342804 ; longueur de col +8, ref 71342808 ; longueur de col +12, ref 71342812 ; longueur de col+16, ref 71342816 Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 28 mm : longueur de col -3, ref 71342803 ; longueur de col +0, ref 71342800 ; longueur de col +4, ref 71342804 ; longueur de col +8, ref 71342808 ; longueur de col +12, ref 71342812 ; longueur de col+16, ref 71342816			
3176981	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 32mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500°C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR. INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. Pour le couple de frottement OXINIUM-PE : - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence) MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PE - Diamètre 32 mm : longueur de col -3, ref 71343203 ; longueur de col +0, ref 71343200 ; longueur de col	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**

	+4, ref 71343204 ; longueur de col +8, ref 71343208 ; longueur de col +12, ref 71343212 ; longueur de col+16, ref 71343216 Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 32 mm : longueur de col -3, ref 71343203 ; longueur de col +0, ref 71343200 ; longueur de col +4, ref 71343204 ; longueur de col +8, ref 71343208 ; longueur de col +12, ref 71343212 ; longueur de col+16, ref 71343216			
3110870	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 36mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500°C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR. INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 36 mm : longueur de col -3, ref 71343603 ; longueur de col +0, ref 71343600 ; longueur de col +4, ref 71343604 ; longueur de col +8, ref 71343608 ; longueur de col +12, ref 71343612 ; longueur de col+16, ref 71343616	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**
3139543	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 40mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500°C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR.	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**

	INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 40 mm : ref 71342340			
3136540	Hanche, tête fémorale, alliage métallique, SMITH, OXINIUM, 44mm. Les têtes fémorales OXINIUM sont en oxyde de zirconium (OXINIUM). Cet OXINIUM est produit à partir d'un alliage métallique zirconium-niobium (97.5Zr2.5Nb) soumis à un traitement thermique très élevé (supérieur à 500°C) dans un milieu enrichi en oxygène. Les têtes fémorales en OXINIUM peuvent être utilisées soit en association à un composant acétabulaire monobloc en polyéthylène conventionnel (PE) ou polyéthylène hautement réticulé (PEHR), soit en association à un composant acétabulaire modulaire avec un cotyle métal-back et un insert en PE ou PEHR. Ces têtes fémorales entrent dans la composition d'un couple de frottement OXINIUM-PE ou OXINIUM-PEHR. INDICATIONS Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La tête fémorale en OXINIUM doit être utilisée avec un cotyle monobloc ou modulaire à simple mobilité en PE ou PEHR. REFERENCES PRISES EN CHARGE Pour le couple de frottement OXINIUM-PEHR - Diamètre 44 mm : ref 71342344	**361,00**	**361,00**	**30-04-2022**

Cotyles et cupules

Cotyles standards monoblocs

Génériques

Codes	Nomenclatures	TARIF (en euros TTC)	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3186293 301E01.461	Hanche, cotyle standard, monobloc, polymère massif, cimenté.	**89,32**	**89,32**	**31/07/2017**
3135663 301E01.462	Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, cimenté. Association de matériaux différents, pré-assemblés et indissociables.	**367,65**	**367,65**	**31/07/2017**
3163300 301E01.463	Hanche, cotyle standard, monobloc, céramique massive, cimenté.	**504,18**	**504,18**	**31/07/2017**

Société SMITH & NEPHEW SAS France (SMITH & NEPHEW)

Code	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3149790	Hanche, cotyle monobloc, polyéthylène hautement réticulé, SMITH & NEPHEW, XLPE. Cotyle monobloc en polyéthylène hautement réticulé, entrant dans la composition d'un couple de frottement métal/PEHR ou céramique/PEHR de la société SMITH & NEPHEW. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le cotyle monobloc XLPE est associé à une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 28 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Cotyle CMK2 XLPE, diamètre 22,2 mm, taille : 40mm (76539440), 42mm (76539442), 44mm (76539444), 46mm (76539446), 48mm (76539448), 50mm (76539450), 52mm (76539452), 54mm (76539454), 56mm (76539456), 58mm (76539458), 60mm (76539460). Cotyle CMK2 XLPE, diamètre 28 mm, taille : 48mm (76539468), 50mm (76539470), 52mm (76539472), 54mm (76539474), 56mm (76539476), 58mm (76539478), 60mm (76539480). Cotyle REFLECTION XLPE, diamètre 22 mm, taille : 43mm (71358002), 46mm (71358003), 49mm (71358004), 52mm (71358005), 55mm (71358006), 58mm (71358007), 61mm (71358008). Cotyle REFLECTION XLPE, diamètre 28 mm, taille : 46mm (71358023), 49mm (71358024), 52mm (71358025), 55mm (71358026), 58mm (71358027), 61mm (71358028).	**279,89**	**279,89**	**15-03-2022**

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC)	Date de fin de prise en charge
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 S.A.S INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante. - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les implantations doivent être réalisées par un chirurgien orthopédique dûment formé et expérimenté dans le domaine de la chirurgie prothétique articulaire. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 3133262, 3163659 et 3161130. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 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.	**623,28**	**623,28**	**15-10-2021**
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 S.A.S. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante. - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les implantations doivent être réalisées par un chirurgien orthopédique dûment formé et expérimenté dans le domaine de la chirurgie prothétique articulaire. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 3133262, 3163659 et 3161130. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 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.	**623,28**	**623,28**	**15-10-2021**
3186034	Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM PRESSFIT VITAMYS, non cimenté INDICATIONS PRISES EN CHARGE : : - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante. - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence).	**673,77**	**673,33**	**01-08-2021**

	MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les implantations doivent être réalisées par un chirurgien orthopédique dûment formé et expérimenté dans le domaine de la chirurgie prothétique articulaire. Le cotyle RM PRESSFIT VITAMYS doit être utilisé avec une tête métallique ou céramique de diamètre égal à 28 mm. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 3133262, 3163659 et 3161130. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 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.			

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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, ou dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à une tête métallique égal à 28 mm, de la société ZIMMER BIOMET. Le cotyle monobloc Müller DURASUL à bord plat est un composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche ; il est associé sur le versant fémoral à une tête montée ou associée à une tige. Le cotyle monobloc DURASUL est un dispositif cimenté constitué d'un polyéthylène hautement réticulé. Ce cotyle est fabriqué à partir d'une résine irradiée préalablement à son façonnage en cotyle monobloc. Le cotyle monobloc DURASUL a un diamètre interne de 28 mm ou 32 mm. Son diamètre externe, ou taille, est compris entre 42 mm et 64 mm. Les épaisseurs de PEHR à la charge sont toutes supérieures ou égales à 5,9 mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Le cotyle monobloc DURASUL doit être utilisé avec une tête métallique de diamètre interne égal à 28 ou 32 mm ou avec une tête en céramique de diamètre interne 28 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 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,	**279,89**	**279,89**	**01-02-2024**

	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

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3122590	Hanche, cotyle standard, simple mob, modulaire, metal-back, sans insert, cimenté. Cotyle standard pour hanche, simple mobilité, modulaire, métal-back sans insert, cimenté.	**291,25**	**291,25**	**31/07/2027**
3148631	Hanche, cotyle standard, simple mob, modul, metal-back, sans insert, non cimenté. Cotyle standard pour hanche, simple mobilité, modulaire, métal-back sans insert, non cimenté. Les implants cotyloïdiens avec cotyle métal back sans ciment et insert polyéthylène massif ou céramique pré assemblés en usine par le fabricant sont pris en charge par addition des codes de l'insert et du cotyle métal back.	**540,22**	**540,22**	**31/07/2027**

Cotyles de reconstruction

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
	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.			
3139135	Hanche, cotyle reconstr, simple mob, modul, métal-back sans insert, ciment. Cotyle de reconstruction pour hanche, simple mobilité, modulaire, métal-back sans insert, cimenté	**749,96**	**749,96**	**31/07/2027**
3130200	Hanche, cotyle reconstr, simple mob, modul, métal-back sans insert, non cimenté. Cotyle de reconstruction pour hanche, simple mobilité, modulaire, métal-back sans insert, non cimenté.	**902,38**	**902,38**	**31/07/2027**

Cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3100334 301E01.49	Hanche, cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge d'un cotyle	**286,95**	**286,95**	**31-07-2017**

Inserts seuls

La prise en charge n'est assurée qu'avec un cotyle modulaire ou seul en cas de reprise.

Société SMITH & NEPHEW SAS France (SMITH & NEPHEW)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3105886	Insert en polyéthylène hautement réticulé, SMITH & NEPHEW, XLPE 22mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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	**251,94**	**251,94**	**15-03-2022**

	et 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert XLPE doit être utilisé avec un cotyle métal-back non cimenté et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 32 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE REFLECTION Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 42mm (71333351), 44mm (71333352), 46-48mm (71333353), 50-52mm (71333354), 54-56mm (71333355), 58-60mm (71333356), 62-64mm (71333357), 66-68mm (71333358), 70-76mm (71333359). REFLECTION Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 42mm (71333301), 44mm (71333302), 46-48mm (71333303), 50-52mm (71333304), 54-56mm (71333305), 58-60mm (71333306), 62-64mm (71333307), 66-68mm (71333308), 70-76mm (71333309). R3 Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 40mm (71334840), 42mm (71334842), 44mm (71334844). R3 Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 40mm (71334940), 42mm (71334942), 44mm (71334944)			
3150125	Insert en polyéthylène hautement réticulé, SMITH & NEPHEW, XLPE 28mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert XLPE doit être utilisé avec un cotyle métal-back non cimenté et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 32 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE REFLECTION Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 46-48mm (71333373), 50-52mm (71333374), 54-56mm (71333375), 58-60mm (71333376), 62-64mm (71333377), 66-68mm (71333378), 70-76mm (71333379) REFLECTION Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 46-48mm (71333323), 50-52mm (71333324), 54-56mm (71333325), 58-60mm (71333326), 62-64mm (71333327), 66-68mm (71333328), 70-76mm (71333329). R3 Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 46mm (71337546), 48mm (71337548), 50mm (71337550), 52mm (71337552), 54mm (71337554), 56mm (71337556), 58mm (71337558), 60mm	**251,94**	**251,94**	**15-03-2022**

	(71337560) R3 Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 46mm (71334946), 48 mm (71334948), 50mm (71334950),52mm (71334952), 54mm (71334954), 56mm (71334956), 58mm (71334958), 60mm (71334960)			
3179100	Insert en polyéthylène hautement réticulé, SMITH & NEPHEW, XLPE 32mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert XLPE doit être utilisé avec un cotyle métal-back non cimenté et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 32 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE REFLECTION Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 50-52mm (71333384), 54-56mm (71333385), 58-60mm (71333386), 62-64mm (71333387), 66-68mm (71333388), 70-76mm (71333389) REFLECTION Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 50-52mm (71333334), 54-56mm (71333335), 58-60mm (71333336), 62-64mm (71333337), 66-68mm (71333338), 70-76mm (71333339) R3 Inserts XLPE standard 0°, diamètre externe : 48mm (71339548), 50mm (71339550), 52mm (71339552), 54mm (71339554), 56mm (71339556), 58mm (71339558), 60mm (71339560), 62mm (71339562). R3 Inserts XLPE à rebord 20°, diamètre externe : 48mm (71337648), 50mm (71337650), 52mm (71337652), 54mm (71337654), 56mm (71337656), 58mm (71337658), 60mm (71337660), 62mm (71337662).	**83,06**	**83,06**	**15-03-2022**

Société B BRAUN MEDICAL

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3129071	Insert en polyéthylène hautement réticulé, B BRAUN MEDICAL, PLASMAFIT VITELENE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ;- Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert PLASMAFIT VITELENE doit être utilisé avec un cotyle métal-back non cimenté et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 28 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE NV182E Insert symétrique pour tête de 22.2mm et cotyles A NV183E Insert symétrique pour tête de 22.2mm et cotyles B. NV184E Insert symétrique.pour tête de 22.2mm et cotyles C	**83,06**	**83,06**	**31-01-2022**

	NV189E Insert symétrique pour tête de 28mm et cotyles C NV190E Insert symétrique pour tête de 28mm et cotyles D NV191E Insert symétrique pour tête de 28mm et cotyles E NV382E Insert asymétrique 10°pour tête de 22.2mm et cotyles A NV383E Insert asymétrique 10°pour tête de 22.2mm et cotyles B. NV384E Insert asymétrique 10°pour tête de 22.2mm et cotyles C NV389E Insert asymétrique 10°pour tête de 28 mm et cotyles C NV390E Insert asymétrique 10°pour tête de 28 mm et cotyles D NV391E Insert asymétrique 10°pour tête de 28 mm et cotyles E NV282E Insert Posterior Wall pour tête de 22.2mm et cotyles A NV283E Insert Posterior.Wall pour tête de 22.2mm et cotyles B NV284E Insert Posterior.Wall pour tête de 22.2mm et cotyles C NV289E Insert Posterior.Wall pour tête de 28 mm et cotyles C NV290E Insert Posterior.Wall pour tête de 28 mm et cotyles D NV291E Insert Posterior.Wall pour tête de 28 mm et cotyles E Date de fin de prise en charge : 31 janvier 2016.			

Société ADLER ORTHO France SAS (ADLER ORTHO)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3195990	Insert en polyéthylène hautement réticulé, ADLER ORTHO, ADLER 28mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence) MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert ADLER doit être utilisé avec un cotyle métal-back non cimenté et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 28 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 0832821 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT DIAM.28 GR. A 0832823 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT DIAM.28 GR.B 0832824 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT DIAM. 28 GR. C 0832825 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT DIAM. 28 GR. D 0842821 CROSS-LINKED PE INSERT 15° OFFSET DIAM.28 GR. A 0842823 CROSS-LINKED PE INSERT 15° OFFSET DIAM. 28 GR. 8 0842824 CROSS-LINKED PE INSERT 15° OFFSET DIAM.28 GR.C	**83,06**	**83,06**	**01-03-2022**

	0842825 CROSS-LINKED PE INSERT 15° OFFSET DIAM.28 GR. D 0852821 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT RETAINING DIAM. 28 GR. A 0852823 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT RETAINING DIAM. 28 GR. 8 0852824 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT RETAINING DIAM. 28 GR. C 0852825 CROSS-LINKED PE INSERT FLAT RETAINING DIAM.28 GR. D			

Insert en polymère massif

Génériques

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3105455	Hanche, insert en polyéthylène massif, simple mobilité. les implants cotyloïdiens avec cotyle métal back sans ciment et insert en polyéthylène massif pré assemblés en usine par le fabricant sont pris en charge par addition des codes de l'insert et du cotyle métal back.	**83,06**	**83,06**	**31/07/2027**

Société Mathys Orthopédie SAS (MATHYS)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 ; - 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..	**83,06**	**83,06**	**01-08-2016**

Société STRYKER France SAS (STRYKER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3121394	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X328mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR-métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 28 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 28 mm. **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	**251,94**	**251,94**	**30-11-2025**

	mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à 0 Diamètre 28 mm : – 623-00-28A - 723-00-28A: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm A – 623-00-28B - 723-00-28B: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm B – 623-00-28C - 723-00-28C: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm C – 623-00-28D - 723-00-28D: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm D – 623-00-28E - 723-00-28E: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm E – 623-00-28F - 723-00-28F: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm F – 623-00-28G - 723-00-28G: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm G – 623-00-28H - 723-00-28H: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm H – 623-00-28I - 723-00-28I: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm I – 623-00-28J - 723-00-28J: TRIDENT 0 DEGRE INS X328mm J INCLINAISON à 10 Diamètre 28 mm : – 623-10-28C - 723-10-28C: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm C – 623-10-28D - 723-10-28D: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm D – 623-10-28E - 723-10-28E: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm E – 623-10-28F - 723-10-28F: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm F – 623-10-28G - 723-10-28G: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm G – 623-10-28H - 723-10-28H: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm H – 623-10-28I - 723-10-28I: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm I – 623-10-28J - 723-10-28J: TRIDENT 10 DEGRE INS X328mm J			
3187826	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X322 mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR-métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 22 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 22 mm. **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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une	**251,94**	**251,94**	**30-11-2025**

	alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à Diamètre 22 mm : – 623-00-22A - 723-00-22A: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm A – 623-00-22B - 723-00-22B: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm B – 623-00-22C - 723-00-22C: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm C – 623-00-22D -723-00-22D: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm D – 623-00-22E - 723-00-22^{E}: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm E – 623-00-22F - 723-00-22F: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm F – 623-00-22G - 723-00-22G: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm G – 623-00-22H - 723-00-22H: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm H – 623-00-22I - 723-00-22I: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm I – 623-00-22J - 723-00-22J: TRIDENT 0 DEGRE INS X322 mm J INCLINAISON à 10 Diamètre 22 mm : – 623-10-22A - 723-10-22A: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm A – 623-10-22B - 723-10-22B: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm B – 623-10-22C - 723-10-22C: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm C – 623-10-22D - 723-10-22D: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm D – 623-10-22E - 723-10-22E: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm E – 623-10-22F - 723-10-22F: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm F – 623-10-22G - 723-10-22G: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm G – 623-10-22H - 723-10-22H: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm H – 623-10-22I - 723-10-22I: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm I – 623-10-22J - 723-10-22J: TRIDENT 10 DEGRE INS X322 mm J			
3125446	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X332 mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR-métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 32 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 32 mm. **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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à 0 Diamètre 32 mm : – 623-00-32B - 723-00-32B: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm B – 623-00-32C - 723-00-32C: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm C – 623-00-32D - 723-00-32D: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm D	**251,94**	**251,94**	**30-11-2025**

	– 623-00-32E - 723-00-32E: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm E – 623-00-32F - 723-00-32F: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm F – 623-00-32G - 723-00-32G: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm G – 623-00-32H - 723-00-32H: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm H – 623-00-32I - 723-00-32I: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm I – 623-00-32J - 723-00-32J: TRIDENT 0 DEGRE INS X332mm J INCLINAISON à 10 Diamètre 32 mm : – 623-10-32D - 723-10-32D: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm D – 623-10-32E - 723-10-32E: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm E – 623-10-32F - 723-10-32F: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm F – 623-10-32G - 723-10-32G: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm G – 623-10-32H - 723-10-32H: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm H – 623-10-32I - 723-10-32I: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm I – 623-10-32J - 723-10-32J: TRIDENT 10 DEGRE INS X332mm J			
3116335	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X336 mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR- métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 36 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 36 mm. **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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à 0 Diamètre 36 mm : – 623-00-36D - 723-00-36D: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm D – 623-00-36E - 723-00-36E: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm E – 623-00-36F - 723-00-36F: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm F – 623-00-36G - 723-00-36G: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm G – 623-00-36H - 723-00-36H: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm H – 623-00-36I - 723-00-36I: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm I – 623-00-36J - 723-00-36J: TRIDENT 0 DEGRE INS X336mm J INCLINAISON à 10 Diamètre 36 mm	**265,89**	**265,89**	**30-11-2025**

	: – 623-10-36E - 723-10-36E: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm E – 623-10-36F - 723-10-36F: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm F – 623-10-36G - 723-10-36G: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm G – 623-10-36H - 723-10-36H: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm H – 623-10-36I - 723-10-36I: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm I – 623-10-36J - 723-10-36J: TRIDENT 10 DEGRE INS X336mm J			
3192780	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X340 mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR-métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 40 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 40 mm. **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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à 0 Diamètre 40 mm : – 623-00-40E - 723-00-40E: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm E – 623-00-40F - 723-00-40F: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm F – 623-00-40G - 723-00-40G: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm G – 623-00-40H - 723-00-40H: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm H – 623-00-40I - 723-00-40I: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm I – 623-00-40J - 723-00-40J: TRIDENT 0 DEGRE INS X340mm J	**265,89**	**265,89**	**30-11-2025**
3169389	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X344 mm. Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) entrant dans la composition d'un couple de frottement PEHR- métal ou couple PEHR-céramique pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre égal à 44 mm ou une tête céramique de diamètre égal à 44 mm. **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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; – Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. – Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert TRIDENT X3 doit être utilisé en association avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22, 28, 32, 36, 40 ou 44 mm. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** INCLINAISON à 0 Diamètre 44 mm : – 623-00-44F - 723-00-44F: TRIDENT 0 DEGRE INS X344mm F	**265,89**	**265,89**	**30-11-2025**

	– 623-00-44G - 723-00-44G: TRIDENT 0 DEGRE INS X344mm G – 623-00-44H - 723-00-44H: TRIDENT 0 DEGRE INS X344mm H – 623-00-44I - 723-00-44I: TRIDENT 0 DEGRE INS X344mm I – 623-00-44J - 723-00-44J: TRIDENT 0 DEGRE INS X344mm J			

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3188116	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL 28mm Insert, DURASUL, composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche en polyéthylène hautement réticulé. Cet insert est fabriqué à partir d'une résine irradiée préalablement à son façonnage en insert. Il s'associe à un cotyle metal-back sans ciment, préalablement fixé dans l'acétabulum. L'insert DURASUL a un diamètre interne de 28 mm. Son diamètre externe, ou taille, est compris entre 46 mm et 68 mm. Les épaisseurs de PEHR à la charge sont toutes supérieures ou égales à 5,1 mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : L'insert DURASUL doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique de diamètre interne égal à 28 mm ou avec une cupule métal-back non cimentée et une tête en céramique de diamètre interne 28 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - 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. - 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.	**251,94**	**251,94**	**01-02-2024**
3120029	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL 32mm Insert, DURASUL, composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche en polyéthylène hautement réticulé. Cet insert est fabriqué à partir d'une résine irradiée préalablement à son façonnage en insert. Il s'associe à un cotyle metal-back sans ciment, préalablement fixé dans l'acétabulum. L'insert DURASUL a un diamètre interne de 32 mm. Son diamètre externe, ou taille, est compris entre 46 mm et 68 mm. Les épaisseurs de PEHR à la charge sont toutes supérieures ou égales à 4,8 mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE :			**01-01-2024**

	- 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut-être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : L'insert DURASUL doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique de diamètre interne égal à 32 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - Insert Alpha DURASUL à bord plat, 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 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.			
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 ou céramique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm, de la société ZIMMER BIOMET. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : L'insert LONGEVITY doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique ou céramique de diamètre interne égal à 22 ou 28 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE Inserts LONGEVITY 22 mm - Inserts 22 standards 00-6305-036-22 ; 00-6305-038-22 ; 00-6305-040-22 ; 00-6305-042-22 ; 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 ; 00-6305-064-22 ; 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 - Inserts 22 à débord 10° 00-6310-036-22 ; 00-6310-038-22 ; 00-6310-040-22 ; 00-6310-042-22 ; 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 ; 00-6310-064-22 ; 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	**251,94**	**251,94**	**15-08-2022**

	- Inserts 22 à débord 15° 00-8752-006-22 ; 00-8752-007-22 - Inserts 22 à débord 20° 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 ; 00-6320-080-22 Inserts LONGEVITY 28 mm - Inserts 28 standards 00-6305-044-28 ; 00-6305-046-28 ; 00-6305-048-28 ; 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 ; 00-8751-006-28 ; 00-8751-007-28 ; 00-8751-008-28 ; 00-8751-009-28 ; 00-8751-010-28 ; 00-8751-011-28 ; 00-8751-012-28 ; 00-8751-013-28 ; 00-8751-014-28 ; 00-8751-015-28 ; 00-8751-016-28 ; 00-8751-017-28 ; 00-8751-018-28 - Inserts 28 à débord 10° 00-6310-044-28 ; 00-6310-046-28 ; 00-6310-048-28 ; 00-6310-050-28 ; 00-6310-056-28 ; 00-6310-058-28 ; 00-6310-060-28 ; 00-6310-062-28 ; 00-6310-064-28 ; 00-6310-066-28 ; 00-6310-068-28 ; 00-6310-070-28 ; 00-6310-072-28 ; 00-6310-074-28 ; 00-6310-076-28 ; 00-6310-078-28 ; 00-6310-080-28 - Inserts 28 à débord 15° 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 - Inserts 28 à débord 20° 00-6320-044-28 ; 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 - Inserts 28 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 ; 00-6341-070-28			
3196699	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, LONGEVITY 32mm. 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 ou céramique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER BIOMET. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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			**15-08-2022**

	et 75 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 75 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). La limite d'âge fixée à 75 ans est indicative, car l'activité de l'individu prime sur son âge. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : L'insert LONGEVITY doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique ou céramique de diamètre interne égal à 32 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE Inserts LONGEVITY 32 mm - Inserts 32 standards 00-6305-048-32 ; 00-6305-050-32 ; 00-6305-056-32 ; 00-6305-058-32 ; 00-6305-060-32 ; 00-6305-062-32 ; 00-6305-064-32 ; 00-6305-066-32 ; 00-6305-068-32 ; 00-6305-070-32 ; 00-6305-072-32 ; 00-6305-074-32 ; 00-6305-076-32 ; 00-6305-078-32 ; 00-6305-080-32 ; 00-8751-008-32 ; 00-8751-009-32 ; 00-8751-010-32 ; 00-8751-011-32 ; 00-8751-012-32 ; 00-8751-013-32 ; 00-8751-014-32 ; 00-8751-015-32 ; 00-8751-016-32 ; 00-8751-017-32 ; 00-8751-018-32 - Inserts 32 à débord 10° 00-6310-048-32 ; 00-6310-050-32 ; 00-6310-056-32 ; 00-6310-058-32 ; 00-6310-060-32 ; 00-6310-062-32 ; 00-6310-064-32 ; 00-6310-066-32 ; 00-6310-068-32 ; 00-6310-070-32 ; 00-6310-072-32 ; 00-6310-074-32 ; 00-6310-076-32 ; 00-6310-078-32 ; 00-6310-080-32 - Inserts 32 à débord 15° 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 - Inserts 32 à débord 20° 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 - Inserts 32 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 ; 00-6341-070-32			

Insert en céramique

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3146780	Hanche, insert en céramique, simple mobilité. les implants cotyloïdiens avec cotyle métal back sans ciment et insert céramique pré assemblés en usine par le fabricant sont pris en charge par addition des codes de l'insert et du cotyle métal back.	**315,23**	**315,23**	**31/07/2027**

:

Société FH ORTHOPEDICS

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3190610	Hanche, Insert en polyéthylène hautement réticulé, FH ORTHOPEDICS, TRIANON 32mm INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par	**83,06**	**83,06**	**01-03-2022**

	un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert PE TRIANON doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 32 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE INSERT ESOP (ATLAS) TRIANON STANDARD : 256197 ; 256198 ; 256199 ; 256200 ; 256201 ; 256202 ; 256203 ; 256204 ; 256206 ; 256207 ; 256208 ; 256209 ; 256210 INSERT PE TRIANON A BORD PLAT : 257938 ; 257939 INSERT PE TRIANON STANDARD : 257928 ; 257929			
3114968	Insert en polyéthylène hautement réticulé, FH ORTHOPEDICS, TRIANON 22mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert PE TRIANON doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 28 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE ESOP (ATLANTE 2), bord plat, taille : 46mm (257544), 48mm (257545), 50mm (257546), 52mm (257547), 54mm (257548), 56mm (257549), 58mm (257550), 60mm (257551), 62mm (257552) , 64mm (257553). ESOP (ATLANTE 2), standard, taille : 46mm (257577), 48mm (257578), 50mm (257579), 52mm (257580), 54mm (257581), 56mm (257582), 58mm (257583), 60mm (257584), 62mm (257585) , 64mm (247586). ESOP (ATLANTE 2), anti-luxation, taille : 46mm (258189), 48mm (258190), 50mm (258191), 52mm (258192), 54mm (258193), 56mm (258194), 58mm (258195), 60mm (258196), 62mm (258197) , 64mm (258198).	**83,06**	**83,06**	**01-03-2022**
3144610	Insert en polyéthylène hautement réticulé, FH ORTHOPEDICS, TRIANON 28mm. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Coxopathie fonctionnellement sévère provoquant un handicap quotidien insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ;	**83,06**	**83,06**	**01-03-2022**

	- Fracture cervicale vraie avec coxopathie symptomatique préexistante ; - Fracture cervicale vraie sans coxopathie symptomatique préexistante chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité correspondant au moins à un score de Parker supérieur ou égal à 6 ; - Certaines situations de fractures extra-cervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'insert PE TRIANON doit être utilisé avec une cupule métal-back non cimentée et une tête métallique ou céramique de diamètre interne inférieur ou égal à 28 mm. REFERENCES PRISES EN CHARGE HIP'N GO, standard, taille : 46-48mm (257922), 50mm (257923), 52mm (257924), 54-56mm (257925), 58-74mm (257926). HIP'N GO, bord plat, taille : 46-48mm (257932), 50mm (257933), 52mm (257934), 54-56mm (257935), 58-74mm (257936). ESOP (ATLANTE 2), bord plat, taille : 46mm (257554), 48mm (257555), 50mm (257556), 52mm (257557), 54mm (257558), 56mm (257559), 58mm (257560), 60mm (257561), 62mm (257562), 64mm (257563). ESOP (ATLANTE 2), standard, taille : 46mm (257587), 48mm (257588), 50mm (257589), 52mm (257590), 54mm (257591), 56mm (257592), 58mm (257593), 60mm (257594), 62mm (257595), 64mm (247596). ESOP (ATLANTE 2), anti-luxation, taille : 46mm (258199), 48mm (258200), 50mm (258201), 52mm (258202), 54mm (258203), 56mm (258204), 58mm (258205), 60mm (258206), 62mm (258207), 64mm (258208). ESOP (ATLAS), standard, taille : 46mm (252472), 48mm (252473), 50mm (252474), 52mm (252475), 54mm (252476), 56mm (252477), 58mm (252478), 60mm (252479), 62mm (252480), 64mm (252481), 66mm (252482), 68mm (252483), 70mm (252484), 72mm (252485), 74mm (252486).			

Cotyles à insert à double mobilité

INDICATIONS :
Arthroplasties de première intention chez les patients ayant un risque de luxation très élevé (atteintes neurologiques sévères, troubles neuropsychiatriques, addictions et grandes défaillances neuromusculaires).
Arthroplasties de reprise dans les cas de luxations itératives et chez les patients ayant un risque de luxation élevé.
DESCRIPTION :
La double mobilité se caractérise par la présence de deux surfaces de mouvement au niveau d'une même articulation. Pour un cotyle à double mobilité les mouvements s'opèrent entre
- la tête et l'insert ;
- l'insert et la cupule.

Société B.BRAUN MEDICAL (B BRAUN)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3100653	Hanche, double mobilité, B BRAUN, GYRACUP E, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203547 - 3700502203554 - 3700502203561 - 3700502203578 - 3700502203585 - 3700502203592 - 3700502203608 - 3700502203615 - 3700502203622 - 3700502203639 - 3700502204957 - 3700502204964	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3105159	Hanche, double mobilité, B BRAUN, GYRACUP E INSERT PE, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société B. BRAUN MEDICAL pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	3700502203868 - 3700502203875 - 3700502203882 - 3700502203899 - 3700502203905 - 3700502203912 - 3700502203929 - 3700502203936 - 3700502203943 - 3700502203950 - 3700502203981 - 3700502203998			
3130973	Hanche, double mobilité, B BRAUN, GYRACUP E ULTIMATE, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société B BRAUN MEDICAL pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502204094 - 3700502204100 - 3700502204117 - 3700502204124 - 3700502204131 - 3700502204148 - 3700502204155 - 3700502204162 - 3700502204179 - 3700502204186 - 3700502204193 - 3700502204209	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3182533	Hanche, double mobilité, B BRAUN, GYRACUP E CEM, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203653 - 3700502203660 - 3700502203677 - 3700502203684 - 3700502203691 - 3700502203707 - 3700502203714 - 3700502203721 - 3700502203738 - 3700502203745 - 3700502204971 - 3700502204988	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**

Société MATHYS ORTHOPEDIE (MATHYS)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3131033	Hanche, double mobilité, MATHYS, DS EVOLUTION DM HA, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 52.34.0902 - 52.34.0903 - 52.34.0904 - 52.34.0905 - 52.34.0906 - 52.34.0907 - 52.34.0908 - 52.34.0909 - 52.34.0910 - 52.34.0911 - 52.34.0912 - 52.34.0913	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3153951	Hanche, double mobilité, MATHYS, DS EVOLUTION Inlays, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société MATHYS ORTHOPEDIE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 52.34.0940 - 52.34.0941 - 52.34.0942 - 52.34.0943 - 52.34.0944 - 52.34.0945 - 52.34.0946 - 52.34.0947 - 52.34.0948 - 52.34.0949 - 52.34.0950 - 52.34.0951	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3187594	Hanche, double mobilité, MATHYS, DS EVOLUTION DMR HA, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société MATHYS ORTHOPEDIE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 52.34.0928 - 52.34.0929 - 52.34.0930 - 52.34.0931 - 52.34.0932 - 52.34.0933 - 52.34.0934 - 52.34.0935 - 52.34.0936 - 52.34.0937 - 52.34.0938 - 52.34.0939	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3115910	Hanche, double mobilité, MATHYS, DS EVOLUTION DM CEM, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 52.34.0915 - 52.34.0916 - 52.34.0917 - 52.34.0918 - 52.34.0919 - 52.34.0920 - 52.34.0921 - 52.34.0922 - 52.34.0923 - 52.34.0924 - 52.34.0925 - 52.34.0926	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**

Société FH ORTHOPEDICS (FH ORTHOPEDICS)

CONDITIONS D'UTILISATION

La fixation en press-fit est recommandée lorsque le lit osseux du patient est de bonne qualité.
La fixation cimentée, dans une armature, est à privilégier lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3152905	Hanche, double mobilité, FH ORTHOPEDICS HIP'N GO, cupule à cimenter. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 264388 ; 264389 ; 264390 ; 264391 ; 264392 ; 264393 ; 264394 ; 264395 ; 264396 ; 264397	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3160750	Hanche, double mobilité, FH ORTHOPEDICS HIP'N GO PRESS-FIT, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, HIP'N GO PRESS-FIT de la société FH ORTHOPEDICS REFERENCES PRISES EN CHARGE : 256688 ; 256689 ; 256690 ; 256691 ; 256692 ; 256693 ; 256694 ; 256695 ; 256696 ; 256697	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3127362	Hanche, double mobilité, FH ORTHOPEDICS HIP'N GO TRIPODE, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, HIP'N GO TRIPODE de la société FH ORTHOPEDICS REFERENCES PRISES EN CHARGE : 256698 ; 256699 ; 256700 ; 256701 ; 256702 ; 256703 ; 256704 ; 256705 ; 256706 ; 256708	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3176001	Hanche, double mobilité, FH ORTHOPEDICS HIP'N GO, insert diam. 22,22 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,22 mm de la société FH ORTHOPEDICS pour cotyle à double mobilité REFERENCES PRISES EN CHARGE : 256709 ; 256710 ; 256711 ; 256712 ; 256713 ; 256714 ; 256715 ; 256716 ; 256717 ; 256718	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3117671	Hanche, double mobilité, FH ORTHOPEDICS HIP'N GO, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société FH ORTHOPEDICS pour cotyle à double mobilité REFERENCES PRISES EN CHARGE : 256720 ; 256721 ; 256722 ; 256723 ; 256724 ; 256725 ; 256726 ; 256727 ; 256728	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société EUROS

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3156978	Hanche, double mobilité, EUROS, ATHELIA, cupule non cimentée. Cupule à double mobilité sans ciment ATHELIA de la société EUROS. CONDITION D'UTILISATION : La fixation en press-fit est recommandée lorsque le lit osseux du patient est de bonne qualité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : A2221032, A2221042, A2221052, A2221062, A2221072, A2221082, A2221092 et A2221102.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3186264	Hanche, double mobilité, EUROS, ATHELIA II, cupule à cimenter. Cupule à double mobilité à cimenter ATHELIA II de la société EUROS. CONDITION D'UTILISATION : La fixation cimentée, dans une armature, est privilégiée lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit. REFERENCES PRISES EN CHARGE : A299201421, A299201441, A299201461, A299201481, A299201501, A299201521, A299201541, A299201561, A299201581 et A299201601.	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3110551	Hanche, double mobilité, EUROS, ATHELIA II, insert diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société EUROS pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : A299202421 et A299202441.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

3173095	Hanche, double mobilité, EUROS, ATHELIA II, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société EUROS pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : A299202461, A299202481, A299202501, A299202521, A299202541, A299202561, A299202581, A299202601et A299202621.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société SYMBIOS ORTHOPEDIE (SYMBIOS

CONDITIONS D'UTILISATION

La fixation en press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est recommandée lorsque le lit osseux du patient est de bonne qualité.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3123714	Hanche, double mobilité, SYMBIOS SERENITY, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, SERENITY de la société SYMBIOS ORTHOPEDIE. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1030 4220 ; 1030 4420 ; 1030 4620 ; 1030 4820 ; 1030 5020 ; 1030 5220 ; 1030 5420 ; 1030 5620 ; 1030 5820 ; 1030 6020 ; 1030 6220 ; 1030 6420	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3140240	Hanche, double mobilité, SYMBIOS SERENITY, insert diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société SYMBIOS ORTHOPEDIE pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1530 4210 ; 1530 4410 ; 1530 4610	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3178968	Hanche, double mobilité, SYMBIOS SERENITY, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société SYMBIOS ORTHOPEDIE pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1530 4820 ; 1530 5020 ; 1530 5220 ; 1530 5420 ; 1530 5620 ; 1530 5820 ; 1530 6020 ; 1530 6220 ; 1530 6420	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société DEDIENNE SANTE

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3136970	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, SYMBOL CUP DM HA, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203530 - 3700502203547 - 3700502203554 - 3700502203561 - 3700502203578 - 3700502203585 - 3700502203592 - 3700502203608 - 3700502203615 - 3700502203622 - 3700502203639 - 3700502204957 - 3700502204964	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3181522	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, SYMBOL CUP DMR HA, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société DEDIENNE SANTE pour cotyle à double mobilité.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502204087 - 3700502204094 - 3700502204100 - 3700502204117 - 3700502204124 - 3700502204131 - 3700502204148 - 3700502204155 - 3700502204162 - 3700502204179 - 3700502204186 - 3700502204193 - 3700502204209			
3171305	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, DUAL MOBILITY PE LINER, insert 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société DEDIENNE SANTE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203752 - 3700502203769 - 3700502203776 - 3700502203783 - 3700502203790 - 3700502203806 - 3700502203813 - 3700502203820 - 3700502203837 - 3700502203844 - 3700502203851 - 3700502203967 - 3700502203974	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3118647	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, DUAL MOBILITY PE LINER, insert 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société DEDIENNE SANTE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203868 - 3700502203875 - 3700502203882 - 3700502203899 - 3700502203905 - 3700502203912 - 3700502203929 - 3700502203936 - 3700502203943 - 3700502203950 - 3700502203981 - 3700502203998.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3174137	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, SYMBOL CUP DM CEM, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3700502203646 - 3700502203653 - 3700502203660 - 3700502203677 - 3700502203684 - 3700502203691 - 3700502203707 - 3700502203714 - 3700502203721 - 3700502203738 - 3700502203745 - 3700502204971 - 3700502204988.	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3102296	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, ADES, cupule à cimenter. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : C05CC44 - C05CC46 - C05CC48- C05CC50 - C05CC52 - C05CC54 - C05CC56 - C05CC58 - C05CC60 - C05CC62 - C05CC64 - C05CC66 - C05CC68	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3169751	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, ADES, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 05CC44 - 05CC46 - 05CC48 - 05CC50 - 05CC52 - 05CC54 - 05CC56 - 05CC58 - 05CC60 - 05CC62 - 5CC64 - 05CC66 - 05CC68	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3186100	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, ADES PLUS, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : R05CC44 - R05CC46 - R05CC48 - R05CC50 - R05CC52 - R05CC54 - R05CC56 - R05CC58 - R05CC60 - R05CC62 - R05CC64 - R05CC66 - R05CC68	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3195613	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, ADES, insert diam. 22 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22 mm de la société DEDIENNE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 05PE2244 - 05PE2246 - 05PE2248 - 05PE2250 - 05PE2252 - 05PE2254 - 05PE2256- 05PE2258 - 05PE2260	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3131100	Hanche, double mobilité, DEDIENNE SANTE, ADES, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société DEDIENNE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 05PE2846 - 05PE2848 - 05PE2850 - 05PE2852 - 05PE2854 - 05PE2856 - 05PE2858 - 05PE2860 - 05PE2862 - 05PE2864 - 05PE2866 - 05PE2868.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société GROUPE LEPINE (LEPINE)

Code	Nomenclature	TARIF	PLV	Date de fin de

		en € TTC	en € TTC	prise en charge
3179896	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO CIM, cupule cimentée. MODALITÉS D'UTILISATION Le cotyle QUATTRO CIM doit être utilisé avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCCC044 ; HQCCC046 ; HQCCC048 ; HQCCC050 ; HQCCC052 ; HQCCC054 ; HQCCC056 ; HQCCC058 ; HQCCC060 ; HQCCC062	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3149079	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO CIM PNP, cupule cimentée. MODALITÉS D'UTILISATION Le plateau d'impaction (ancillaire) est préassemblé à la cupule. Le cotyle QUATTRO CIM doit être utilisé avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCCC144 ; HQCCC146 ; HQCCC148 ; HQCCC150 ; HQCCC152 ; HQCCC154 ; HQCCC156 ; HQCCC158 ; HQCCC160 ; HQCCC162	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3161815	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO, insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales QUATTRO CIM et QUATTRO HAP de diamètre 22,2 mm de la société GROUPE LEPINE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQN DP244 ; HQN DP246 ; HQN DP248 ; HQN DP250 ; HQN DP252 ; HQN DP254 ; HQN DP256 ; HQN DP258 ; HQN DP260 ; HQN DP262	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3160276	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales QUATTRO CIM et QUATTRO HAP de diamètre 28 mm de la société GROUPE LEPINE pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQN DM848 ; HQN DM850 ; HQN DM852 ; HQN DM854 ; HQN DM856 ; HQN DM858 ; HQN DM860 ; HQN DM862	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3120963	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO, insert, 28mm + tête CERALEPINE Insert à double mobilité, composé de polyéthylène à très haut poids moléculaire UHMWPE préassemblé à une tête en céramique d'alumine CERALEPINE, QUATTRO CIM et QUATTRO HAP de diamètre 28 mm de la société GROUPE LEPINE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQNOC848 ; HQNOM848 ; HQNOL848 ; HQNOC850 ; HQNOM850 ; HQNOL850 ; HQNOC852 ; HQNOM852 ; HQNOL852 ; HQNOC854 ; HQNOM854 ; HQNOL854 ; HQNOC856 ; HQNOM856 ; HQNOL856 ; HQNOC858 ; HQNOM858 ; HQNOL858 ; HQNOC860 ; HQNOM860 ; HQNOL860 ; HQNOC862 ; HQNOM862 ; HQNOL862	**401,55**	**401,55**	**01-01-2026**
3171044	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO, insert, 22,2 + tête acier inoxydable Insert à double mobilité, composé de polyéthylène à très haut poids moléculaire UHMWPE préassemblé à une tête en acier inoxydable, QUATTRO CIM et QUATTRO HAP de diamètre 22,2 mm de la société GROUPE LEPINE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQNIC244 ; HQNIM244 ; HQNIL244 ; HQNIC246 ; HQNIM246 ; HQNIL246 ; HQNIC248 ; HQNIM248 ; HQNIL248	**265,07**	**265,07**	**01-01-2026**

3100311	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO VPS HAP, cupule non cimentée. MODALITÉ D'UTILISATION Le cotyle QUATTRO VPS HAP sans ciment doivent être utilisés avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCHC044 ; HQCHC046 ; HQCHC048 ; HQCHC050 ; HQCHC052 ; HQCHC054 ; HQCHC056 ; HQCHC058 ; HQCHC060 ; HQCHC062	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3116832	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO VPS HAP PNP, cupule non cimentée. MODALITÉ D'UTILISATION Le plateau d'impaction (ancillaire) est préassemblé à la cupule Le cotyle QUATTRO VPS HAP sans ciment doivent être utilisés avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCHC144 ; HQCHC146 ; HQCHC148 ; HQCHC150 ; HQCHC152 ; HQCHC154 ; HQCHC156 ; HQCHC158 ; HQCHC160 ; HQCHC162	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3120124	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO PRESS FIT HAP, cupule non cimentée. MODALITÉ D'UTILISATION Le cotyle QUATTRO PRESS FIT HAP sans ciment doivent être utilisés avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCPF044 ; HQCPF046 ; HQCPF048 ; HQCPF050 ; HQCPF052 ; HQCPF054 ; HQCPF056 ; HQCPF058 ; HQCPF060 ; HQCPF062	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3133256	Hanche, double mobilité, LEPINE, QUATTRO PRESS FIT HAP PNP, cupule non cimentée. MODALITÉS D'UTILISATION Le plateau d'impaction (ancillaire) est préassemblé à la cupule Le cotyle QUATTRO PRESS FIT HAP PNP sans ciment doivent être utilisés avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : HQCPF144 ; HQCPF146 ; HQCPF148 ; HQCPF150 ; HQCPF152 ; HQCPF154 ; HQCPF156 ; HQCPF158 ; HQCPF160 ; HQCPF162	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3161940	Hanche, double mobilité, LEPINE, INTEGRA REPRISE, cupule de reconstruction. INDICATION SPÉCIFIQUE Reconstruction avec destruction osseuse avancée de l'articulation coxofémorale MODALITÉS D'UTILISATION : Le cotyle et l'insert INTEGRA (références ci-dessous) sont indissociables. Le cotyle INTEGRA de reprise doit être utilisé avec une tête métallique ou céramique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Cotyle : HIC AP050 ; HIC AP054 ; HIC AP058 ; HIC AP062 Inserts : HII DA050 ; HII DA054 ; HII DA058 ; HII DA062	**902,38**	**902,38**	**01-01-2026**
3144834	Hanche, double mobilité, LEPINE, INTEGRA REPRISE, insert, diam 22,2mm. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : HIN DA250	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société ASTON MEDICAL (ASTON)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3145390	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR STANDARD, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12461970, 12481970, 12501970, 12521970, 12541970, 12561970, 12581970, 12601970, 12621970. Plot de fixation : 12000090.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2025**
3113443	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR A LAMES, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	12461978, 12481978, 12501978, 12521978, 12541978, 12561978, 12581978, 12601978, 12621978. Plot de fixation : 12000090.			
3176159	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR TRIPODE, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12460977, 12480977, 12500977, 12520977, 12540977, 12560977, 12580977, 12600977, 12620977, 12640977. Plot de fixation : 12000090.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3140718	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR, insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 22,2 mm pour cotyle à double mobilité TREGOR de la société ASTON MEDICAL. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12462270, 12482270, 12502270, 12522270, 12542270, 12562270, 12582270, 12602270, 12622270, 12642270.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3178069	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 28 mm pour cotyle à double mobilité TREGOR de la société ASTON MEDICAL. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12522870, 12542870, 12562870, 12582870, 12602870, 12622870, 12642870.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3143929	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR MEDIAL CUP, cupule à cimenter. DESCRIPTION La cupule des cotyles TREGOR MEDIAL CUP est hémisphérique à centre médialisé. Cette cupule est pourvue d'une collerette périphérique et de rainures bi-directionnelles visant à faciliter l'ancrage dans le ciment. La surface interne est polie. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 12460840 ; 12480840 ; 12500840 ; 12520840 ; 12540840 ; 12560840 ; 12580840 ; 12600840 ; 12620840.	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3191638	Hanche, double mobilité, ASTON, TREGOR PLUS, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société ASTON MEDICAL pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 12508970, 12528970, 12548970, 12568970, 12588970, 12608970, 12628970, 12648970.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

Société CORIN France (CORIN)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3171601	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN standard, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM642 ; HDM644 ; HDM646 ; HDM648 ; HDM650 ; HDM652 ; HDM654 ; HDM656 ; HDM658 ; HDM660 ; HDM662	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3107425	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN à pattes, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, à ancrage renforcé par pattes, CORIN de la société CORIN France.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM748 ; HDM750 ; HDM752 ; HDM754 ; HDM756 ; HDM758 ; HDM760 ; HDM762 ; HDM764 ; HDM766 ; HDM768			
3117932	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN à pattes et crochet, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, à ancrage renforcé par pattes et crochets, CORIN de la société CORIN France. REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM848 ; HDM850 ; HDM852 ; HDM854 ; HDM856 ; HDM858 ; HDM860 ; HDM862 ; HDM864 ; HDM866 ; HDM868	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3167893	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN, cupule à cimenter. REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM542 ; HDM544 ; HDM546 ; HDM548 ; HDM550 ; HDM552 ; HDM554 ; HDM556 ; HDM558 ; HDM560	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3187370	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN, insert diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société CORIN France pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM142 ; HDM144 ; HDM146 ; HDM148 ; HDM150 ; HDM152 ; HDM154 ; HDM156 ; HDM158 ; HDM160 ; HDM162 ; HDM164 ; HDM166 ; HDM168	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3145130	Hanche, double mobilité, CORIN, CORIN, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société CORIN France pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : HDM248 ; HDM250 ; HDM252 ; HDM254 ; HDM256 ; HDM258 ; HDM260 ; HDM262 ; HDM264 ; HDM266 ; HDM268	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS (J&J)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3150415	Hanche, double mobilité, J&J, GYROS, cupule tripode non cimentée. Cupule GYROS tripode avec pattes de fixation sans ciment GYROS de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : L46 544 ; L46 546 ; L46 548 ; L46 550 ; L46 552 ; L46 554 ; L46 556 ; L46 558 ; L46 560 ; L46 562 ; L46 564 ; L46 566 ; L46 568.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3113302	Hanche, double mobilité, J&J, GYROS, cupule standard non cimentée. Cupule GYROS standard sans ciment GYROS de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : L47 544 ; L47 546 ; L47 548 ; L47 550 ; L47 552 ; L47 554 ; L47 556 ; L47 558 ; L47 560 ; L47 562 ; L47 564 ; L47 566 ; L47 568.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3117464	Hanche, double mobilité, J&J, GYROS, insert, diam. : 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard de diamètre 22,2 mm de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 4L46 414 ; 4L46 416 ; 4L46 418 ; 4L46 470 ; 4L46 472 ; 4L46 474 ; 4L46 476 ; 4L46 478 ; 4L46 480 ; 4L46 482 ; 4L46 484 ; 4L46 486 ; 4L46 488.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3101523	Hanche, double mobilité, J&J, GYROS, insert, diam. : 28 mm. Insert en polyéthylène standard de diamètre 28 mm de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	4L46 428 ; 4L46 430 ; 4L46 432 ; 4L46 434 ; 4L46 436 ; 4L46 438 ; 4L46 440 ; 4L46 442 ; 4L46 444 ; 4L46 446 ; 4L46 448.			
3118140	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM PRESSFIT CUP, cupule standard non cimentée. Cupule BI-MENTUM PRESSFIT CUP métallique standard non cimentée de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS45320043; DS45320045; DS45320047; DS45320049; DS45320051; DS45320053; DS45320055; DS45320057; DS45320059; DS45320061; DS45320063; DS45320065; DS45320067; DS45320069.	**540,22**	**540,22**	**15-12-2026**
3172405	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM PLUS CUP, cupule standard non cimentée. Cupule BI-MENTUM PLUS CUP métallique standard non cimentée avec une patte, livrée avec deux plots de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS5050041; DS5050043; DS5050045; DS5050047; DS5050049; DS5050051; DS5050053; DS5050055; DS5050057; DS5050059; DS5050061; DS5050063; DS5050065; DS5050067; DS5050069	**540,22**	**540,22**	**15-12-2026**
3169314	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM REVISION CUP, cupule standard non cimentée. Cupule BI-MENTUM REVISION CUP métallique de reconstruction non cimentée avec deux pattes et un crochet, livrée avec deux plots de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS45360043; DS45360045; DS45360047; DS45360049; DS45360051; DS45360053; DS45360055; DS45360057; DS45360059; DS45360061; DS45360063; DS45360065; DS45360067; DS45360069.	**540,22**	**540,22**	**15-12-2026**
3153129	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM CEMENTED CUP, cupule à cimenter. Cupule BI-MENTUM CEMENTED CUP métallique à cimenter de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS4901043; DS4901045; DS4901047; DS4901049; DS4901051; DS4901053; DS4901055; DS4901057; DS4901059; DS4901061; DS4901063	**291,25**	**291,25**	**15-12-2026**
3111013	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM PE Liner, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société JOHNSON MEDICAL SAS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS10004728; DS10004928; DS10005128; DS10005328; DS10005528; DS10005728; DS10005928; DS10006128; DS10006328; DS10006528; DS10006728; DS10006928	**83,06**	**83,06**	**15-12-2026**
3195949	Hanche, double mobilité, J&J, BI-MENTUM PE Liner, insert diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société JOHNSON MEDICAL SAS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE DS10004122; DS10004322; DS10004522; DS10004722; DS10004922; DS10005122; DS10005322; DS10005522; DS10005722; DS10005922; DS10006122; DS10006322. DS10006522; DS10006722; DS10006922	**83,06**	**83,06**	**15-12-2026**

Société SERF (SERF)

Conditions d'utilisation
La fixation en press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3152294	Hanche, double mobilité, SERF, NOVAE STICK, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : RM49010000 ; RM49010001 ; RM49010002 ; RM49010003 ; RM49010004 ; RM49010005 ; RM49010006 ; RM49010007 ; RM49010008 ; RM49010009 ; RM49010010	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3167812	Hanche, double mobilité, SERF, SUNFIT TH, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : RM45320002 ; RM45320003 ; RM45320004 ; RM45320005 ; RM45320006 ; RM45320007 ; RM45320008 ; RM45320009 ; RM45320010 ; RM45320011 ; RM45320012 ; RM45320013 ; RM45320014 ; RM45320015	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3196825	Hanche, double mobilité, SERF, NOVAE insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard pour tête de diamètre 22,2 mm de la société SERF pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : RM51100001 ; RM51100002 ; RM51100003 ; RM51100004 ; RM51100005 ; RM51100006 ; RM51100007 ; RM51100008 ; RM51100009 ; RM51100010 ; RM51100012 ; RM51100013 ; RM51100014 ; RM51100015 ; RM51100016 ; RM51100017 ; RM51100018	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3143131	Hanche, double mobilité, SERF, NOVAE insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard pour tête de diamètre 28 mm de la société SERF pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : RM51100032 ; RM51100033 ; RM51100034 ; RM51100035 ; RM51100036 ; RM51100037 ; RM51100038 ; RM51100040 ; RM51100041 ; RM51100042 ; RM51100043 ; RM51100044 ; RM51100045 ; RM51100061	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3150898	Hanche, double mobilité, SERF, NOVAE E TH, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : RM45050001 ; RM45050002 ; RM45050003 ; RM45050004 ; RM45050005 ; RM45050006 ; RM45050007 ; RM45050008 ; RM45050009 ; RM45050010 ; RM45050011 ; RM45050012 ; RM45050013 ; RM45050014 ; RM45050015 ; RM45050016 ; RM45050017	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3182243	Hanche, double mobilité, SERF, COPTOS TH, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : RM45360001 ; RM45360002 ; RM45360003 ; RM45360004 ; RM45360005 ; RM45360006 ; RM45360007 ; RM45360008 ; RM45360009 ; RM45360010 ; RM45360011 ; RM45360012 ; RM45360013 ; RM45360014 ; RM45360015 ; RM45360016	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

Société SCIENCE ET MEDECINE (SEM)

CONDITIONS D'UTILISATION
La fixation en press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3144544	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA, cupule non cimentée RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.00.44 ; 17.00.46 ; 17.00.48 ; 17.00.50 ; 17.00.52 ; 17.00.54 ; 17.00.56 ; 17.00.58 ; 17.00.60 ; 17.00.62 ; 17.00.64	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

3136556	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA-SP, cupule non cimentée RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.02.44 ; 17.02.46 ; 17.00.48 ; 17.02.50 ; 17.02.52 ; 17.02.54 ; 17.02.56 ; 17.02.58 ; 17.02.60 ; 17.02.62 ; 17.02.64	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3156412	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA, insert, diam. 22,2 mm Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm pour cotyle à double mobilité de la gamme EVORA de la société SCIENCE ET MEDECINE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.10.44 ; 17.10.46 ; 17.10.48 ; 17.10.50 ; 17.10.52 ; 17.10.54 ; 17.10.56 ; 17.10.58 ; 17.10.60 ; 17.10.62	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3161896	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA, insert, diam. 26 mm Insert en polyéthylène standard pour tête de diamètre de diamètre 26 mm pour cotyle à double mobilité de la gamme EVORA de la société SCIENCE ET MEDECINE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.11.44 ; 17.11.46 ; 17.11.48 ; 17.11.50 ; 17.11.52 ; 17.11.54 ; 17.11.56 ; 17.11.58 ; 17.11.60 ; 17.11.62 ; 17.11.64	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3116281	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA, insert, diam. 28 mm Insert en polyéthylène standard pour tête de diamètre de diamètre 28 mm pour cotyle à double mobilité de la gamme EVORA de la société SCIENCE ET MEDECINE. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.12.46 ; 17.12.48 ; 17.12.50 ; 17.12.52 ; 17.12.54 ; 17.12.56 ; 17.12.58 ; 17.12.60 ; 17.12.62 ; 17.12.64	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3194921	Hanche, double mobilité, SEM, STRATOS, cupule non cimentée Cupules à double mobilité sans ciment, STRATOS de la société SCIENCE ET MEDECINE. L'implant cotyloïdien à double mobilité STRATOS est un composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche. Le cotyle STRATOS est composé d'une cupule métallique associée à un insert en polyéthylène conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.06.46 ; 17.06.48 ; 17.06.50 ; 17.06.52 ; 17.06.54 ; 17.06.56 ; 17.06.58 ; 17.06.60 ; 17.06.62.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3180729	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA GRIP, cupule non cimentée Cupule à double mobilité sans ciment, EVORA GRIP de la société SCIENCE ET MEDECINE. L'implant cotyloïdien à double mobilité EVORA GRIP est un composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche. Le cotyle EVORA GRIP est composé d'une cupule métallique associée à un insert en polyéthylène conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.07.44 ; 17.07.46 ; 17.07.48 ; 17.07.50 ; 17.07.52 ; 17.07.54 ; 17.07.56 ; 17.07.58 ; 17.07.60 ; 17.07.62 ; 17.07.64	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3190892	Hanche, double mobilité, SEM, EVORA GRIP 3P, cupule non cimentée Cupule à double mobilité sans ciment, EVORA GRIP 3P de la société SCIENCE ET MEDECINE. L'implant cotyloïdien à double mobilité EVORA GRIP 3P est un composant acétabulaire pour prothèse totale de hanche.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	Le cotyle EVORA GRIP 3P est composé d'une cupule métallique associée à un insert en polyéthylène conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 17.08.44 ; 17.08.46 ; 17.08.48 ; 17.08.50 ; 17.08.52 ; 17.08.54 ; 17.08.56 ; 17.08.58 ; 17.08.60 ; 17.08.62 ; 17.08.64.			
3116157	Hanche, double mobilité, SEM, cupule cimentée. Cupules à double mobilité à cimenter GALILEA de la société SCIENCE ET MEDECINE. La fixation cimentée, dans une armature, est privilégiée lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 17.04.42 ; 17.04.44 ; 17.04.46 ; 17.04.48 ; 17.04.50 ; 17.04.52 ; 17.04.54 ; 17.04.56 ; 17.04.58	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3137900	Hanche, double mobilité, SEM, GALILEA, insert, diam. 22,2mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité GALILEA de la société SCIENCE ET MEDECINE associé à une tête fémorale de diamètre 22,2 mm. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 17.10.42	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société SMITH & NEPHEW SAS (SMITH&NEPHEW)

CONDITIONS D'UTILISATION :
La fixation cimentée, dans une armature, est privilégiée lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit.
La fixation press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.
Les cupules POLARCUP cimentées ou non cimentées sont associées à un insert en polyéthylène standard ou un insert en polyéthylène hautement réticulé. Ces deux types d'inserts sont destinés à s'articuler autour de têtes fémorales métalliques (CrCo), en céramique ou en zirconium oxydé (OXINIUM) de diamètre compris entre 22 et 28 mm.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3110918	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Cupules à double mobilité en acier inoxydable avec revêtement titane-plasma et hydroxyapatite, avec plots et pattes de fixation : 75100436 ; 75100437 ; 75100438 ; 75100439 ; 75100440 ; 75100441 ; 75100442 ; 75100443 ; 75100444 ; 75100445 ; 75100446 ; 75100447 ; 75100448. Cupules à double mobilité en acier inoxydable avec revêtement titane-plasma, avec plots et pates de fixation : 75017168 ; 75017169 ; 75017170 ; 75017171 ; 75017172 ; 75017173 ; 75017174 ; 75017175 ; 75017176 ; 75017177 ; 75017178 ; 75017179 ; 75017180. Cupules en acier inoxydable avec revêtement titane-plasma, sans plots et pates de fixation : 75100406 ; 75100407 ; 75100408 ; 75100409 ; 75100410 ; 75100411 ; 75100412 ; 75100413 ; 75100414 ; 75100415 ; 75100416 ; 75100417 ; 75100418.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3107750	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Cupules à double mobilité cimentées : 75100451 ; 75100452 ; 75100453 ; 75100454 ; 75100455 ; 75100456 ; 75100457 ; 75100458 ; 75100459 ; 75100460 ; 75100461	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3194163	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société SMITH&NEPHEW pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 75100436 ; 75100437 ; 75100438 ; 75100439 ; 75100440 ; 75100441 ; 75100442 ; 75100443 ; 75100444 ; 75100445 ; 75100446 ; 75100447 ; 75100448	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3112544	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, insert PEHR, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène hautement réticulé pour cotyle à double mobilité POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW SAS France, associé à une tête fémorale de diamètre 22,2 mm RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	Insert cotyloïdien polyéthylène hautement réticulé : 75018942 ; 75018943 ; 75018944 ; 75018945 75018946 ; 75018947 ; 75018948 ; 75018949 ; 75018950 ; 75018951 ; 75018952 ; 75018953,75018954			
3178879	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, insert PEHR, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène hautement réticulé pour cotyle à double mobilité POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW SAS France, associé à une tête fémorale de diamètre 28 mm RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Insert cotyloïdien polyéthylène hautement réticulé : 75018955 ; 75018956 ; 75018957 ; 75018958 75018959 ; 75018960 ; 75018961 ; 75018962 ; 75018963 ; 75018964 ; 75018965	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3193583	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard pour cotyle à double mobilité POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW SAS France, associé à une tête fémorale de diamètre 22,2 mm RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Insert cotyloïdien en polyéthylène standard : 75017207 ; 75017208	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3181410	Hanche, double mobilité, SMITH&NEPHEW, POLARCUP, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard pour cotyle à double mobilité POLARCUP de la société SMITH & NEPHEW SAS France, associé à une tête fémorale de diamètre de diamètre 28 mm RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Insert cotyloïdien en polyéthylène standard : 75017220 ; 75017221 ; 75017222 ; 75017223 ; 75017224 ; 75017225 ; 75017226 ; 75017227 ; 75017228 ; 75017229 ; 75017230	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

CONDITIONS D'UTILISATION :
La fixation cimentée, dans une armature, est privilégiée lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit.
La fixation press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.
Les cupules de la gamme AVANTAGE sont associées à un insert acétabulaire en polyéthylène conventionnel de haute densité ARCOM (insert AVANTAGE) ou à un insert en polyéthylène de haute densité (UHMW PE) hautement réticulé (dose irradiation de 100 Kgy) infusé à la vitamine E (insert AVANTAGE E1).

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3146773	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE, cupule à cimenter. DESCRIPTION : Il s'agit d'une cupule métallique hémisphérique, complétée par une partie cylindrique visant à augmenter la stabilité de l'insert à l'intérieur de la cupule, et ayant des découpes antérieures et postérieures progressives suivant une ligne reliant la partie proximale cylindrique à l'échancrure distale elliptique. La surface externe de la cupule est « poli brillant » visant à limiter l'effet d'abrasion à l'interface cotyle-ciment et donc l'apparition de micromouvements éventuels et à favoriser la longévité de l'implant. Cette cupule a des sillons sur la face cotyloïdienne de l'implant visant d'une part à faciliter l'ancrage avec le ciment et d'autre part à augmenter la résistance à l'arrachement du cotyle pour les sillons concentriques et à éviter la rotation du cotyle lors de la mobilisation de l'articulation pour les sillons	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**

	verticaux. La surface interne de la cupule est « poli miroir » dans le but de limiter les phénomènes d'usure de l'articulation insert/cupule. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0463044, P0463046, P0463048, P0463050, P0463052, P0463054, P0463056, P0463058, P0463060.			
3122778	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE RELOAD, cupule non cimentée. DESCRIPTION : Il s'agit d'une cupule métallique hémisphérique, complétée par une partie cylindrique visant à augmenter la stabilité de l'insert à l'intérieur de la cupule, et ayant des découpes antérieures et postérieures progressives suivant une ligne reliant la partie proximale cylindrique à l'échancrure distale elliptique. Cette cupule comporte un méplat en partie polaire. Il existe 3 ajournements (espace interstitiel) dans la surépaisseur périphérique visant à permettre l'écoulement des fluides biologiques lors de l'impaction en press fit. La surface interne de la cupule est « poli miroir » dans le but de limiter les phénomènes d'usure de l'articulation insert/cupule. Cette cupule comporte une surépaisseur périphérique équatoriale externe crénelée. Le revêtement externe de la cupule est double : titane pur rugueux et hydroxyapatite sur la surface externe en contact direct avec l'os. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0460P44, P0460P46, P0460P48, P0460P50, P0460P52, P0460P54, P0460P56, P0460P58, P0460P60, P0460P62, P0460P64.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3127356	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE 3P, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société ZIMMER BIOMET pour cotyle à double mobilité. DESCRIPTION Il s'agit d'une cupule métallique hémisphérique, complétée par une partie cylindrique visant à augmenter la stabilité de l'insert à l'intérieur de la cupule, et ayant des découpes antérieures et postérieures progressives suivant une ligne reliant la partie proximale cylindrique à l'échancrure distale elliptique. Cette cupule comporte un méplat en partie polaire. Il existe 3 ajournements (espace interstitiel) dans la surépaisseur périphérique visant à permettre l'écoulement des fluides biologiques lors de l'impaction en press fit. La surface interne de la cupule est « poli miroir » dans le but de limiter les phénomènes d'usure de l'articulation insert/cupule. Cette cupule possède un revêtement simple de céramique d'hydroxyapatite et un set de fixation supplémentaire par rapport à la cupule RELOAD (présence de 2 trous coniques servant à la mise en place des pions et d'une patte visant à renforcer la fixation primaire). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0461044, P0461046, P0461048, P0461050, P0461052, P0461054, P0461056, P0461058, P0461060, P0461062, P0461064.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3188122	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE, insert, diam. 22,2 mm. DESCRIPTION : L'insert est en polyéthylène conventionnel de haute densité (ARCOM). L'insert est de forme hémisphérique et est congruent entre la cupule et la tête fémorale. Son bord interne présente un chanfrein et le bord externe est rayonné. Un bourrelet interne permet la rétentivité par déformation lors de l'impaction. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0560044, P0560046, P0560048, P0560050, P0560052, P0560054, P0560056, P0560058, P0560060, P0560062, P0560064, P0560066.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3127280	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE, insert, diam. 28 mm. DESCRIPTION : L'insert est en polyéthylène conventionnel de haute densité (ARCOM). L'insert est de forme hémisphérique et est congruent entre la cupule et la tête fémorale. Son bord interne présente un chanfrein et le bord externe est rayonné. Un bourrelet interne permet la rétentivité par déformation lors de l'impaction.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0561050, P0561052, P0561054, P0561056, P0561058, P0561060, P0561062, P0561064, P0561066.			
3193650	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE E1, insert, diam. 22,2 mm. DESCRIPTION : Il a les mêmes caractéristiques que l'insert AVANTAGE mais est en polyéthylène de haute densité hautement réticulé et stabilisé avec de la vitamine E visant à fournir une résistance à l'oxydation et à réduire l'usure. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0560E44, P0560E46, P0560E48, P0560E50, P0560E52, P0560E54, P0560E56, P0560E58, P0560E60, P0560E62, P0560E64, P0560E66.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3194186	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE E1, insert, diam. 28 mm. DESCRIPTION : Il a les mêmes caractéristiques que l'insert AVANTAGE mais est en polyéthylène de haute densité hautement réticulé et stabilisé avec de la vitamine E visant à fournir une résistance à l'oxydation et à réduire l'usure. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : P0561E44, P0561E46, P0561E48, P0561E50, P0561E52, P0561E54, P0561E56, P0561E58, P0561E60, P0561E62, P0561E64, P0561E66.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3189989	Hanche, double mobilité, ZIMMER, AVANTAGE 3P PLASMA TiHA, cupule non cimentée DESCRIPTION Il s'agit d'une cupule métallique hémisphérique, complétée par une partie cylindrique visant à augmenter la stabilité de l'insert à l'intérieur de la cupule, et ayant des découpes antérieures et postérieures progressives suivant une ligne reliant la partie proximale cylindrique à l'échancrure distale elliptique. Cette cupule comporte un méplat en partie polaire. Il existe 3 ajournements (espace interstitiel) dans la surépaisseur périphérique visant à permettre l'écoulement des fluides biologiques lors de l'impaction en press fit. La surface interne de la cupule est «poli miroir» dans le but de limiter les phénomènes d'usure de l'articulation insert/cupule. Cette cupule possède 2 pions d'ancrage et une patte de fixation visant à renforcer la fixation primaire. Le revêtement externe de la cupule est double: titane pur rugueux et hydroxyapatite sur la surface externe en contact direct avec l'os. Son épaisseur est de 0,24 mm pour toutes les références. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE P0461P44; P0461P46; P0461P48; P0461P50; P0461P52; P0461P54; P0461P56; P0461P58; P0461P60; P0461P62; P0461P64	**540,22**	**540,22**	**15-10-2026**

Société STRYKER France (STRYKER)

DESCRIPTION
La cupule RESTORATION ADM et l'insert RESTORATION ADM X3 sont deux composants acétabulaires formant un cotyle prothétique à double mobilité impliqué dans une prothèse totale de hanche.
CONDITIONS D'UTILISATION
La fixation press-fit (fixation sans ciment du cotyle) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.
L'insert RESTORATION ADM X3 ne peut être associé qu'à la cupule RESTORATION ADM

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3125251	Hanche, double mobilité, STRYKER, RESTORATION ADM, cupule droite non cimentée. DESCRIPTION La cupule RESTORATION ADM est en chrome-cobalt. Elle est destinée à être implantée sans ciment et nécessite une fixation press-fit ; elle est recouverte avec une projection de titane créant un effet de surface rugueux, recouverte elle-même par une couche d'hydroxyapatite. La cupule a une forme cylindro-sphérique avec deux échancrures : une vallée postéro-inférieure permettant d'éviter tout conflit avec le col de la tige et une vallée antérieure afin de minimiser le risque de conflit avec le psoas. La partie interne de la cupule est superpolie. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12352461, 12352481, 12352501, 12352521, 12352541, 12352561, 12352581, 12352601, 12352621 et 12352641	**577,54**	**577,54**	**01-01-2026**
3185773	Hanche, double mobilité, STRYKER, RESTORATION ADM, cupule gauche non cimentée. DESCRIPTION La cupule RESTORATION ADM est en chrome-cobalt. Elle est destinée à être implantée sans ciment et nécessite une fixation press-fit ; elle est recouverte avec une projection de titane créant un effet de surface rugueux, recouverte elle-même par une couche d'hydroxyapatite. La cupule a une forme cylindro-sphérique avec deux échancrures : une vallée postéro-inférieure permettant d'éviter tout conflit avec le col de la tige et une vallée antérieure afin de minimiser le risque de conflit avec le psoas. La partie interne de la cupule est superpolie. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12352462, 12352482, 12352502, 12352522, 12352542, 12352562, 12352582, 12352602, 12352622 et 12352642.	**577,54**	**577,54**	**01-01-2026**
3154005	Hanche, double mobilité, STRYKER, RESTORATION ADM X3, insert, diam. 28 mm. DESCRIPTION L'insert RESTORATION ADM X3 est en polyéthylène hautement réticulé (PEHR). Le polyéthylène hautement réticulé X3 est produit à l'issue d'un triple cycle alternant phase de réticulation à 3 Mrad et phase de stabilisation. Au total, le PEHR X3 subit une dose d'irradiation de 9 Mrad avant stérilisation. L'insert est associé sur le versant fémoral à une tête (métallique ou céramique) montée ou associée à une tige. Les références disponibles permettent d'associer des têtes fémorales dont le diamètre est de 28 mm ; le diamètre externe de l'insert est compris entre 42 et 64 mm selon les références. Les cupules ont des références distinctes en fonction de leur implantation anatomique droite ou gauche. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 1236-2-846, 1236-2-848, 1236-2-850, 1236-2-852, 1236-2-854, 1236-2-856, 1236-2-858, 1236-2-860, 1236-2-862 et 1236-2-864.	**251,94**	**251,94**	**01-01-2026**

Société AMPLITUDE SAS (AMPLITUDE)

CONDITIONS D'UTILISATION
La fixation press-fit (cupule non cimentée) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.
La fixation cimentée (cupule à cimenter) est à privilégier lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3177070	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE II, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 1-0111342 ; 1-0111344 ; 1-0111346 ; 1-0111348 ; 1-0111350 ; 1-0111352 ; 1-0111354 ; 1-0111356 ; 1-0111358 ; 1-0111360 ; 1-0111362 ; 1-0111364	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3120064	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE II, insert, diam. 22 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 22 mm pour cotyle à double mobilité AMPLITUDE de la société AMPLITUDE S.A.S.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	REFERENCE PRISE EN CHARGE : 1-0103642			
3132914	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Cupules standard : 1-0103444 ; 1-0103446 ; 1-0103448 ; 1-0103450 ; 1-0103452 ; 1-0103454 1-0103456 ; 1-0103458 ; 1-0103460 ; 1-0103462 ; 1-0103464	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3131889	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE, cupule à cimenter. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 1-0106244 ; 1-0106246 ; 1-0106248 ; 1-0106250 ; 1-0106252 ; 1-0106254 ; 1-0106256 ; 1-0106258 ; 1-0106260	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3136310	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE, cupule non cimentée. Cupule de reprise de la société AMPLITUDE pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Cupule de reconstruction non-cimentée avec pattes de fixation : 1-0103350 ; 1-0103352 ; 1-0103354 ; 1-0103356 ; 1-0103358 ; 1-0103360 ; 1-0103362 ; 1-0103364 ; 1-0103366	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3108933	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE, insert, diam. 22 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 22 mm pour cotyle à double mobilité AMPLITUDE de la société AMPLITUDE S.A.S. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 1-0103644 ; 1-0103646 ; 1-0103648 ; 1-0103650 ; 1-0103652 ; 1-0103654 ; 1-0103656 ; 1-0103658 ; 1-0103660 ; 1-0103662 ; 1-0103664 ; 1-0103666	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3142918	Hanche, double mobilité, AMPLITUDE, SATURNE, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de de diamètre 28 mm pour cotyle à double mobilité AMPLITUDE de la société AMPLITUDE S.A.S. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 1-0103748 ; 1-0103750 ; 1-0103752 ; 1-0103754 ; 1-0103756 ; 1-0103758 ; 1-0103760 ; 1-0103762 1-0103764 ; 1-0103766	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société XNOV (XNOV)

CONDITIONS D'UTILISATION
La fixation en press-fit est recommandée lorsque le lit osseux du patient est de bonne qualité.
La fixation cimentée, dans une armature, est à privilégier lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3194074	Hanche, double mobilité, XNOV, XCUP MOB, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : PH14-0244 ; PH14-0246 ; PH14-0248 ; PH14-0250 ; PH14-0252 ; PH14-0254 ; PH14-0256 ; PH14-0258 ; PH14-0260 ; PH14-0262 ; PH14-0264 ; PH14-0266	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3151745	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY STANDARD, cupule non cimentée. REFERENCE PRISE EN CHARGE : PH06-0044 ; PH06-0046 ; PH06-0048 ; PH06-0050 ; PH06-0052 ; PH06-0054 ; PH06-0056 ;	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	PH06-0058 ; PH06-0060 ; PH06-0062 ; PH06-0064 ; PH06-0066			
3106041	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY RENFORCE, cupule non cimentée. REFERENCE PRISE EN CHARGE : PH06-1044 ; PH06-1046 ; PH06-1048 ; PH06-1050 ; PH06-1052 ; PH06-1054 ; PH06-1056 ; PH06-1058 ; PH06-1060 ; PH06-1062 ; PH06-1064 ; PH06-1066	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3158291	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY, cupule non cimentée. REFERENCE PRISE EN CHARGE : PH06-2050 ; PH06-2052 ; PH06-2054 ; PH06-2056 ; PH06-2058 ; PH06-2060 ; PH06-2062 ; PH06-2064 ; PH06-2066	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3199893	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY, cupule cimentée. REFERENCE PRISE EN CHARGE : PH06-1144 ; PH06-1146 ; PH06-1148 ; PH06-1150 ; PH06-1152 ; PH06-1154 ; PH06-1156 ; PH06-1158 ; PH06-1160 ; PH06-1162 ; PH06-1164 ; PH06-1166	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3145986	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY, insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 22,2 mm pour cotyle à double mobilité MOBILITY de la société XNOV. « RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PH06-0144 ; PH06-0146 ; PH06-0148 ».	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3128002	Hanche, double mobilité, XNOV, MOBILITY, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 28 mm pour cotyle à double mobilité MOBILITY de la société XNOV. « RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PH06-0150 ; PH06-0152 ; PH06-0154 ; PH06-0156 ; PH06-0158 ; PH06-0160 ; PH06-0162 ; PH06-0164 ; PH06-0166 ».	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

SociétéC2F IMPLANTS

CONDITIONS D'UTILISATION
La fixation press-fit (cupule non cimentée) est à privilégier si le lit osseux est de bonne qualité.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3103440	Hanche, double mobilité, C2F, MERCURY PLUS PRESSFIT, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : IMP61443 ; IMP61463 ; IMP61483 ; IMP61503 ; IMP61523 ; IMP61543 ; IMP61563 ; IMP61583 ; IMP61603 ; IMP61623 ; IMP61643	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3163145	Hanche, double mobilité, C2F, MERCURY PRESSFIT, cupule non cimentée. REFERENCE PRISE EN CHARGE : IMP61441 ; IMP61461 ; IMP61481 ; IMP61501 ; IMP61521 ; IMP61541 ; IMP61561 ; IMP61581 ; IMP61601 ; IMP61621 ; IMP61641	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3119291	Hanche, double mobilité, C2F, MERCURY, insert, diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 22,2 mm pour cotyle à double mobilité MERCURY de la société C2F IMPLANTS. REFERENCE PRISE EN CHARGE : IMP63421 ; IMP63441 ; IMP63461 ; IMP63481 ; IMP63501 ; IMP63521 ; IMP63541 ; IMP63561 ; IMP63581 ; IMP63601 ; IMP63621 ; IMP63641	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3118280	Hanche, double mobilité, C2F, MERCURY, insert, diam. 28 mm. Insert en polyéthylène standard associé à des têtes fémorales de diamètre 28 mm pour cotyle à double mobilité MERCURY de la société C2F IMPLANTS. REFERENCE PRISE EN CHARGE : IMP63502 ; IMP63522 ; IMP63542 ; IMP63562 ; IMP63582 ; IMP63602 ; IMP63622 ; IMP63642	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

3165078	Hanche, double mobilité, C2F, MERCURY, cupule à cimenter RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE IMP61422 ; IMP61442 ; IMP61462 ; IMP61482 ; IMP61502 ; IMP61522 ; IMP61542 ; IMP61562 ; IMP61582 ; IMP61602 ; IMP61622.	**291,25**	**291,25**	**30-04-2026**

Société ATF(ATF)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3189883	Hanche, double mobilité, ATF, LIBERTY SC, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 43010144 ; 43010146 ; 43010148 ; 43010150 ; 43010152 ; 43010154 ; 43010156 ; 43010158 ; 43010160 ; 43010162 ; 43010164 ; 43010166 ; 43010168 ; 43010170	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3154560	Hanche, double mobilité, ATF, LIBERTY T, cupule non cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 43032544 ; 43032546 ; 43032548 ; 43032550 ; 43032552 ; 43032554 ; 43032556 ; 43032558 ; 43032560 ; 43032562 ; 43032564 ; 43032566 ; 43032568 ; 43032570	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3160833	Hanche, double mobilité, ATF, LIBERTY AC, cupule cimentée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 43100144 ; 43100146 ; 43100148 ; 43100150 ; 43100152 ; 43100154 ; 43100156 ; 43100158 ; 43100160 ; 43100162 ; 43100164 ; 43100166 ; 43100168 ; 43100170	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3125736	Hanche, double mobilité, ATF, LIBERTY, insert diam. 22 mm. Insert en polyéthylène conventionnel de diamètre 22 mm de la société ATF pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 43022244 ; 43022246 ; 43022248 ; 43022250 ; 43022252 ; 43022254 ; 43022256 ; 43022258 ; 43022260 ; 43022262 ; 43022264 ; 43022266 ; 43022268 ; 43022270	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3129007	Hanche, double mobilité, ATF, LIBERTY, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel de diamètre 28 mm de la société ATF pour cotyle à double mobilité. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 43022848 ; 43022850 ; 43022852 ; 43022854 ; 43022856 ; 43022858 ; 43022860 ; 43022862 ; 43022864 ; 43022866 ; 43022868 ; 43022870	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société CERAVER - les laboratoires Ostéal Médical (CERAVER)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3147749	Hanche, double mobilité, CERAVER, COTYLE DOUBLE MOBILITE HAC, non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, COTYLE DOUBLE MOBILITE HAC de la société CERAVER - les laboratoires Ostéal Médical.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 12019 ; 12020 ; 12021 ; 12022 ; 12023 ; 12024 ; 12025 ; 12026 ; 12027			
3149375	Hanche, double mobilité, CERAVER, COTYLE DOUBLE MOBILITE CIMENTE, cup. cimentée. Cupules à double mobilité à cimenter, COTYLE DOUBLE MOBILITE CIMENTE de la société CERAVER - les laboratoires Ostéal Médical. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 14046 ; 14048 ; 14050 ; 14052 ; 14054 ; 14056 ; 14058 ; 14060 ; 14062	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3163814	Hanche, double mobilité, CERAVER, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société CERAVER pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 10029 ; 10030 ; 10031 ; 10032 ; 10033 ; 10034 ; 10035 ; 10036 ; 10037 ; 12029 ; 12030 ; 12031 ; 12032 ; 12033 ; 12034 ; 12035 ; 12036 ; 12037	**83,06**	**83,06**	**01-01-2025**

Société MEDACTA France

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3118297	Hanche, double mobilité, MEDACTA, MPACT DM, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, MPACT DM de la société MEDACTA. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** : 01.32.142MB ; 01.32.144MB ; 01.32.146MB ; 01.32.148MB ; 01.32.150MB ; 0.32.152MB ; 01.32.154MB ; 01.32.156MB ; 01.32.158MB ; 01.32.160MB ; 01.32.162MB ; 01.32.164MB ; 01.32.166MB	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3199670	Hanche, double mobilité, MEDACTA, VERSAFITCUP DM, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, VERSAFITCUP DM de la société MEDACTA. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** : 01.26.46MB ; 01.26.48MB ; 01.26.50MB ; 01.26.52MB ; 01.26.54MB ; 01.26.56MB ; 01.26.58MB ; 01.26.60MB ; 01.26.62MB ; 01.26.64MB	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3119138	Hanche, double mobilité, MEDACTA, VERSACEM, cupule cimentée. Cupules à double mobilité à cimenter, VERSACEM de la société MEDACTA. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** : 01.27.44CMB ; 01.27.46CMB ; 01.27.48CMB ; 01.27.50CMB ; 01.27.52CMB ; 01.27.54CMB ; 01.27.56CMB	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3141221	Hanche, double mobilité, MEDACTA, insert diam. 22,2 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 22,2 mm de la société MEDACTA pour cotyle à double mobilité. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** : 01.26.2242M ; 01.26.2244M ; 01.26.2246M ; 01.26.2248M ; 01.26.2250M ; 01.26.2252M ; 01.26.2254M ; 01.26.2256M ; 01.26.2258M ; 01.26.2260M ; 01.26.2262M ; 01.26.2264M	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3190202	Hanche, double mobilité, MEDACTA, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société MEDACTA pour cotyle à double mobilité. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** : 01.26.2848M ; 01.26.2850M ; 01.26.2852M ; 01.26.2854M ; 01.26.2856M ; 01.26.2858M ; 01.26.2860M ; 01.26.2862M ; 01.26.2864M	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3145466	Insert en polyéthylène hautement réticulé, MEDACTA, HIGHCROSS, insert diam 22,2mm **DESCRIPTION** L'insert en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) HIGHCROSS est un composant acétabulaire, qui doit être utilisé avec une cupule pour cotyle double mobilité VERSACEM (à cimenter) ou MPACT DM (non cimenté) ou VERSAFITCUP DM (non cimenté) et une tête fémorale métallique ou céramique.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

	INDICATIONS PRISES EN CHARGE – Arthroplasties de première intention chez les patients ayant un risque de luxation très élevé (atteintes neurologiques sévères, troubles neuropsychiatriques, addictions et grandes défaillances neuromusculaires), – Arthroplasties de reprise dans les cas de luxations itératives et chez les patients ayant un risque de luxation élevé. La fixation cimentée, dans une armature, est à privilégier lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert en polyéthylène hautement réticulé HIGHCROSS doit être utilisé avec les cupules non cimentées pour cotyles double mobilité VERSAFITCUP DM, MPACT DM (sans ciment) et les cupules à cimenter pour cotyles double mobilité VERSACEM (à cimenter) et une tête fémorale métallique ou céramique. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** 01.26.2242MHC; 01.26.2244MHC; 01.26.2246MHC; 01.26.2248MHC; 01.26.2250MHC; 01.26.2252MHC			
3128108	Insert en polyéthylène hautement réticulé, MEDACTA, HIGHCROSS, insert diam 28mm **DESCRIPTION** L'insert en polyéthylène hautement réticulé (PEHR) HIGHCROSS est un composant acétabulaire, qui doit être utilisé avec une cupule pour cotyle double mobilité VERSACEM (à cimenter) ou MPACT DM (non cimenté) ou VERSAFITCUP DM (non cimenté) et une tête fémorale métallique ou céramique. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** – Arthroplasties de première intention chez les patients ayant un risque de luxation très élevé (atteintes neurologiques sévères, troubles neuropsychiatriques, addictions et grandes défaillances neuromusculaires), – Arthroplasties de reprise dans les cas de luxations itératives et chez les patients ayant un risque de luxation élevé. La fixation cimentée, dans une armature, est à privilégier lorsque les dégâts osseux sont importants et ne permettent pas une implantation directe en press-fit. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** L'insert en polyéthylène hautement réticulé HIGHCROSS doit être utilisé avec les cupules non cimentées pour cotyles double mobilité VERSAFITCUP DM, MPACT DM (sans ciment) et les cupules à cimenter pour cotyles double mobilité VERSACEM (à cimenter) et une tête fémorale métallique ou céramique. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** 01.26.2848MHC; 01.26.2850MHC; 01.26.2852MHC; 01.26.2854MHC; 01.26.2856MHC; 01.26.2858MHC; 01.26.2860MHC; 01.26.2862MHC; 01.26.2864MHC	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**

Société PROTHEOS INDUSTRIE (PROTHEOS)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3136480	Hanche, double mobilité, PROTHEOS, XLMOB, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, XLMOB de la société PROTHEOS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 15-04-WW-46 ; 15-04-WX-48 ; 15-04-XX-50 ; 15-04-XY-52 ; 15-04-YY-54 ; 15-04-YZ-56 ; 15-04-ZZ-58 ; 15-04-ZA-60 ; 15-04-ZB-62 ; 15-04-ZC-64	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

3115956	Hanche, double mobilité, PROTHEOS, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène conventionnel pour tête de diamètre 28 mm de la société PROTHEOS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 16-08-28-46 ; 16-08-28-48 ; 16-08-28-50 ; 16-08-28-52 ; 16-08-28-54 ; 16-08-28-56 ; 16-08-28-58 ; 16-08-28-60 ; 16-08-28-62 ; 16-08-28-64	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3148884	Hanche, double mobilité, PROTHEOS, vit. E, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène réticulé stabilisé à la vitamine E pour tête de diamètre 28 mm de la société PROTHEOS pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 16-18-28-46 ; 16-18-28-48 ; 16-18-28-50 ; 16-18-28-52 ; 16-18-28-54 ; 16-18-28-56 ; 16-18-28-58 ; 16-18-28-60 ; 16-18-28-62 ; 16-18-28-64	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3113182	Hanche, double mobilité, PROTHEOS, XLMOB, cupule à cimenter. Cupule à double mobilité à cimenter, XLMOB de la société PROTHEOS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 15-05-WW-46 ; 15-05-WX-48 ; 15-05-XX-50 ; 15-05-XY-52 ; 15-05-YY-54 ; 15-05-YZ-56 ; 15-05-ZZ-58 ; 15-05-ZA-60 ; 15-05-ZB-62 ; 15-05-ZC-64	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**

Société Gruppo BIOIMPIANTI (BIOIMPIANTI)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3105573	Hanche, double mobilité, BIOIMPIANTI, DUALIS, cupule non cimentée. Cupules à double mobilité sans ciment, DUALIS de la société BIOIMPIANTI. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 110430044 ; 110430046 ; 110430048 ; 110430050 ; 110430052 ; 110430054 ; 110430056 ; 110430058 ; 110430060 ; 110430062 ; 110430064	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3147643	Hanche, double mobilité, BIOIMPIANTI, DUALIS, cupule à cimenter. Cupules à double mobilité à cimenter, DUALIS de la société BIOIMPIANTI. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 110431042 ; 110431044 ; 110431046 ; 110431048 ; 110431050 ; 110431052 ; 110431054 ; 110431056 ; 110431058 ; 110431060 ; 110431062 ; 110431064	**291,25**	**291,22**	**01-01-2026**
3130217	Hanche, double mobilité, BIOIMPIANTI, insert diam. 28 mm. Insert en polyéthylène hautement réticulé pour tête de diamètre 28 mm de la société BIOIMPIANTI pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 110430144 ; 110430146 ; 110430148 ; 110430150 ; 110430152 ; 110430154 ; 110430156 ; 110430158 ; 110430160 ; 110430162 ; 110430164	**86,06**	**86,06**	**01-01-2026**
3156843	Hanche, double mobilité, BIOIMPIANTI, insert diam. 22 mm. Insert en polyéthylène hautement réticulé pour tête de diamètre 22 mm de la société BIOIMPIANTI pour cotyle à double mobilité. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 110430142	**86,06**	**86,06**	**01-01-2026**

Société ADLER ORTHO France (ADLER)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3134037	Hanche, double mobilité, ADLER, FIXA DUPLEX, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 0771142 ; 0771144 ; 0771146 ; 0771248 ; 0771250 ; 0771252 ; 0771254 ; 0771256 ; 0771258 ; 0771260	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	; 0771262 ; 0771264 ; 0771266 ; 0771268			
3102095	Hanche, double mobilité, ADLER, FIXA DUPLEX, cupule cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 0772142 ; 0772144 ; 0772146 ; 0772248 ; 0772250 ; 0772252 ; 0772254 ; 0772256 ; 0772258 ; 0772260 ; 0772262 ; 0772264 ; 0772266 ; 0772268.	**291,25**	**291,25**	**01-01-2026**
3186270	Hanche, double mobilité, ADLER, FIXA DUPLEX, insert, diam. 22mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité FIXA DUPLEX de la société ADLER ORTHO France, associé à une tête fémorale de diamètre 22 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Inserts PE FIXA DUPLEX : 0873142 ; 0873144 ; 0873146 ; 0873148 ; 0873150 ; 0873152 ; 0873154 ; 0873156 ; 0873158 ; 0873160 ; 0873162 ; 0873164 ; 0873166 ; 0873168. Inserts PE FIXA DUPLEX RETICULE L : 0874142 ; 0874144 ; 0874146 ; 0874148 ; 0874150 ; 0874152 ; 0874154 ; 0874156 ; 0874158 ; 0874160 ; 0874162 ; 0874164 ; 0874166 ; 0874168. Inserts PE FIXA DUPLEX RETICULE : 0872142 ; 0872144 ; 0872146 ; 0872148 ; 0872150 ; 0872152 ; 0872154 ; 0872156 ; 0872158 ; 0872160 ; 0872162 ; 0872164 ; 0872166 ; 0872168.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3113762	Hanche, double mobilité, ADLER, FIXA DUPLEX, insert, diam. 28mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité FIXA DUPLEX de la société ADLER ORTHO France, associé à une tête fémorale de diamètre 28 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Inserts PE FIXA DUPLEX : 0873246 ; 0873248 ; 0873250 ; 0873252 ; 0873254 ; 0873256 ; 0873258 ; 0873260 ; 0873262 ; 0873264 ; 0873266 ; 0873268. Inserts PE FIXA DUPLEX RETICULE L : 0874246 ; 0874248 ; 0874250 ; 0874252 ; 0874254 ; 0874256 ; 0874258 ; 0874260 ; 0874262 ; 0874264 ; 0874266 ; 0874268. Inserts PE FIXA DUPLEX RETICULE : 0872246 ; 0872248 ; 0872250 ; 0872252 ; 0872254 ; 0872256 ; 0872258 ; 0872260 ; 0872262 ; 0872264 ; 0872266 ; 0872268.	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3183314	Hanche, double mobilité, ADLER, FIXA 3P DUPLEX, cupule non cimentée. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 0771842 ; 0771844 ; 0771846 ; 0771948 ; 0771950 ; 0771952 ; 0771954 ; 0771956 ; 0771958 ; 0771960 ; 0771962 ; 0771964 ; 0771966 ; 0771968.	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

Société EVOLUTIS

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3149010	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE T Ti/HA, cupule non cimentée. Cupule double mobilité avec deux plots et une patte de fixation non cimentée CAPITOLE T Ti/HA de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H51 T245 ; H51 T247 ; H51 T249 ; H51 T251 ; H51 T253 ; H51 T255 ; H51 T257 ; H51 T259 ; H51 T261 ; H51 T263	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**
3126322	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE Ti/HAC, cupule non cimentée. Cupule double mobilité avec deux plots et une patte de fixation non cimentée EVIDENCE Ti/HAC de la	**540,22**	**540,22**	**01-01-2026**

	société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 01-024-04-4500 ; 01-024-04-4700 ; 01-024-04-4900 ; 01-024-04-5100 ; 01-024-04-5300 ; 01-024-04-5500 ; 01-024-04-5700 ; 01-024-04-5900 ; 01-024-04-6100 ; 01-024-04-6300			
3121543	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE T Ti/HA, insert, diam. 22,2mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité CAPITOLE T Ti/HA de la société EVOLUTIS, associé à une tête fémorale de diamètre 22,2mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H51 M2245 ; H51 M2247 ; H51 M2249 ; H51 M2251 ; H51 M2253 ; H51 M2255 ; H51 M2257 ; H51 M2259 ; H51 M2261 ; H51 M2263 ; H51 M2265	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3139891	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE Ti/HAC, insert, diam. 22,2mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité EVIDENCE Ti/HAC de la société EVOLUTIS, associé à une tête fémorale de diamètre 22,2mm. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 01-023-03-4422	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3123499	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE Ti/HAC, insert, diam. 28mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité EVIDENCE Ti/HAC de la société EVOLUTIS, associé à une tête fémorale de diamètre 28 mm. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 01-023-03-4628 ; 01-023-03-4828 ; 01-023-03-5028 ; 01-023-03-5228 ; 01-023-03-5428 ; 01-023-03-5628 ; 01-023-03-5828 ; 01-023-03-6028 ; 01-023-03-6228	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3177609	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE T Ti/HA, insert, diam. 28mm. Insert en polyéthylène pour cotyle à double mobilité CAPITOLE T Ti/HA de la société EVOLUTIS, associé à une tête fémorale de diamètre 28mm RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE H51 M2847 ; H51 M2849 ; H51 M2851 ; H51 M2853 ; H51 M2855 ; H51 M2857 ; H51 M2859 ; H51 M2861 ; H51 M2863 ; H51 M2865	**83,06**	**83,06**	**01-01-2026**
3182272	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPTIV DM, cupule non cimentée. Cupule à double mobilité CAPTIV DM Ti/HAC de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H29 DM044 ; H29 DM046 ; H29 DM048 ; H29 DM050 ; H29 DM052 ; H29 DM054 ; H29 DM056 ; H29 DM058 ; H29 DM060 ; H29 DM062 ; H29 DM064 ; H29 DM144 ; H29 DM146 ; H29 DM148 ; H29 DM150 ; H29 DM152 ; H29 DM154 ; H29 DM156 ; H29 DM158 ; H29 DM160 ; H29 DM162.	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**
3195783	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE Ti/HAC, cupule non cimentée. Cupule à double mobilité EVIDENCE Ti/HAC de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 01-024-03-4400 ; 01-024-03-4600 ; 01-024-03-4800 ; 01-024-03-5000 ; 01-024-03-5200 ; 01-024-03-5400 ; 01-024-03-5600 ; 01-024-03-5800 ; 01-024-03-6000 ; 01-024-03-6200.	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**
3134741	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE, cupule à cimenter. Cupule à double mobilité CAPITOLE de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H51 C045 ; H51 C047 ; H51 C049 ; H51 C051 ; H51 C053 ; H51 C055 ; H51 C057 ; H51 C059 ; H51 C061.	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**
3161442	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE, cupule à cimenter. Cupule à double mobilité EVIDENCE de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 01-024-05-4500 ; 01-024-05-4700 ; 01-024-05-4900 ; 01-024-05-5100 ; 01-024-05-5300 ; 01-024-05-5500 ; 01-024-05-5700 ; 01-024-05-5900 ; 01-024-05-6100.	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**
3111668	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE I Ti/HAC, cupule non cimentée. Cupule à double mobilité CAPITOLE I Ti/HAC de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**

	H51 I245 ; H51 I247 ; H51 I249 ; H51 I251 ; H51 I253 ; H51 I255 ; H51 I257 ; H51 I259 ; H51 I261 ; H51 I263.			
3156783	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, CAPITOLE R Ti/HAC, cupule non cimentée. Cupule à double mobilité CAPITOLE R Ti/HAC de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H51 R245 ; H51 R247 ; H51 R249 ; H51 R251 ; H51 R253 ; H51 R255 ; H51 R257 ; H51 R259 ; H51 R261 ; H51 R263 ; H51 R265.	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**
3100140	Hanche, double mobilité, EVOLUTIS, EVIDENCE Ti/HAC REVISION, non cimentée. Cupule à double mobilité EVIDENCE Ti/HAC REVISION de la société EVOLUTIS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 01-024-07-4700 ; 01-024-07-4900 ; 01-024-07-5100 ; 01-024-07-5300 ; 01-024-07-5500 ; 01-024-07-5700 ; 01-024-07-5900 ; 01-024-07-6100 ; 01-024-07-6300	**540, 22**	**540,22**	**01-01-2026**

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 SMITH & NEPHEW SAS (SMITH)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**591,39**	**591,39**	**31-08-2024**
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 :** 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.	**793,91**	**793,91**	**31-08-2024**

Système de reconstruction acétabulaire

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

Système de reconstruction acétabulaire TMARS de la société ZIMMER BIOMET.
DESCRIPTION
Le système de reconstruction acétabulaire TMARS associe plusieurs composants acétabulaires pour prothèse totale de hanche.
Il est constitué des éléments suivants :
- un cotyle « Trabecular metal », sans ciment ;
- plusieurs cales et obturateurs « Trabecular metal » ;
- un anneau de soutien à cimenter.

INDICATION PRISE EN CHARGE
Reprise d'arthroplastie totale de hanche avec perte massive de substance osseuse acétabulaire, de stade III A ou III B avec ou sans discontinuité pelvienne selon la classification de Paprosky et de stade III ou IV selon la classification de Vives.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
Le cotyle acétabulaire TMARS en trabecular metal n'est pas recommandé chez des patients à risque infectieux et ceux nécessitant une reprise pour infection.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3110462	Hanche, cotyle recons. totale, trabecular metal, ZIMMER, TMARS DESCRIPTION Le cotyle acétabulaire TMARS sans ciment possède un rebord recouvert d'un anneau en alliage de titane. Il est utilisé sans ciment et comporte des trous permettant sa fixation, par des vis, dans l'acétabulum du patient. Il s'utilise en association avec les cales TMARS. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 00-7000-048-20 ; 00-7000-050-20 ; 00-7000-052-20 ; 00-7000-054-20 ; 00-7000-056-20 ; 00-7000-058-20 ; 00-7000-060-20 ; 00-7000-062-20 ; 00-7000-064-20 ; 00-7000-066-20 ; 00-7000-068-20 ; 00-7000-070-20	**1161,52**	**1161,52**	**31-08-2024**
3104763	Hanche, cale renfort recons. totale, trabecular metal, ZIMMER, TMARS DESCRIPTION Les cales de renfort apportent un comblement supplémentaire du défect osseux au niveau des colonnes et du toit de l'acétabulum. Il existe deux types de cales pour les colonnes : - oblique droite pour reconstruire la colonne postérieure ; - gauche pour la colonne antérieure. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Renfort de toit : 00-4894-001-54 ; 00-4894-001-58 Renfort colonne : 00-4894-300-00 ; 00-4894-400-00	**762,18**	**762,18**	**31-08-2024**
3146276	Hanche, cale coin recons. totale, trabecular metal, ZIMMER, TMARS DESCRIPTION Les cales en forme de coin se placent entre les cales de renfort et l'os iliaque. Elles visent à stabiliser le montage. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 00-4894-001-05 ; 00-4894-001-10 ; 00-4894-001-15	**548,64**	**548,64**	**31-08-2024**
3164334	Hanche, hémicale recons. totale, trabecular metal, ZIMMER, TMARS DESCRIPTION La cale hémisphérique vise à apporter un soutien en augmentant la surface de contact. Elle a une forme d'hémisphère tronquée, coupée au niveau du diamètre de la sphère. Elle comporte aussi deux ouvertures et des trous qui visent à favoriser la croissance osseuse et la fixation osseuse de la cale et des cupules. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Hémicale 10 mm : 00-4894-050-10 ; 00-4894-054-10 ; 00-4894-058-10 ; 00-4894-062-10 ; 00-4894-066-10 ; 00-4894-070-10 Hémicale 20 mm : 00-4894-050-20 ; 00-4894-054-20 ; 00-4894-058-20 ; 00-4894-062-20 ; 00-4894-066-20 Hémicale 30 mm : 00-4894-050-30 ; 00-4894-054-30 ; 00-4894-058-30 ; 00-4894-062-30 ; 00-4894-066-30	**528,09**	**528,09**	**31-08-2024**
3157920	Hanche, obturateur, trabecular metal, ZIMMER, TMARS DESCRIPTION Les obturateurs visent à éviter les fuites de ciment dans la cavité pelvienne et/ou combler des trous dans la cavité acétabulaire du patient. Ils ont une forme de disque avec une face convexe placée sur le défect osseux acétabulaire et une face concave sous le cotyle de reprise. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 00-4199-001-26 ; 00-4199-001-32 ; 00-4199-001-38	**482,24**	**482,24**	**31-08-2024**

Autres implants

Codes	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3127988 301E01.4101	Hanche, butée antiluxation, vis incluses.	**43,50**	**43,50**	**31/07/2017**
3142090 301E01.4103	Hanche, anneau de soutien ou fond de cotyle.	**225,70**	**225,70**	**31/07/2017**
3127847 301E01.4104	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.	**192,61**	**192,61**	**31/07/2017**
3158233 301E01.4105	Hanche, prothèse fémorale unipolaire monobloc (type Moore).	**172,40**	**172,40**	**31/07/2017**
3127161 301E01.4106	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.	**118,66**	**118,66**	**31/07/2017**

Implants spéciaux sur mesure

Codes	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
	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 R 165-23 du code de la sécurité sociale.			
3148281 301E01.41021	Hanche, implant sur mesure, tige spéciale.	**2107,53**	**2107,53**	**31/07/2017**
3131903 301E01.41022	Hanche, implant sur mesure, cotyle spécial.	**927,55**	**927,55**	**31/07/2017**

Accessoires pour pose d'implants articulaires

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3112917 301E01.51	Accessoire, vis de fixation d'un implant articulaire Quel qu'en soit le type. Par intervention, à concurrence de **142,84** € maximum pour l'épaule et le genou et de **178,52** € maximum pour la hanche.	**31,86**	**31,86**	**31/07/2017**
3181203 301E01.53	Accessoire pour implant articulaire, obturateur à ciment centro-médullaire. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.	**47,20**	**47,20**	**31/07/2017**

Ciment

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date limite de fin de prise en charge
3133262 301E01.521	Accessoire pour implant articulaire, ciment sans antibiotique (une dose). Par intervention à concurrence de **73,18** € maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de **109,76** € 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.	**33,25**	**33,25**	**31/07/2017**
3163659 301E01.522	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 **105,34** € maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de **158,09** € 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.	**44,63**	**44,63**	**31/07/2017**

Paragraphe 5 : Implants du rachis

Implants d'ancrage

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 301E01.611	Rachis, implant d'ancrage, vis spécifique simple.	**27,93**	**27,93**	**31/07/2018**
3131955 301E01.612	Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire cervicale. Vis spécifique du rachis de type pédiculaire cervicale avec système d'assemblage et de blocage.	**62,21**	**62,21**	**31/07/2018**
3137283 301E01.613	Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire. Vis spécifique du rachis de type pédiculaire, monoaxiale ou polyaxiale, avec système d'assemblage et de blocage.	**166,30**	**166,30**	**31/07/2018**
3181752 301E01.614	Rachis, implant d'ancrage, crochet, pince-crochet. Crochet de tout type ou pince crochet, avec accessoires.	**136,73**	**136,73**	**31/07/2018**
3114939 301E01.615	Rachis, implant d'ancrage, fil de cerclage, câble. Quel que soit le nombre de crins. Forfait unique.	**82,45**	**82,45**	**31/07/2018**

Implant d'union longitudinale

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 301E01.621	Rachis, implant d'union longitudinale, plaque. Quel que soit le niveau anatomique.	**166,28**	**166,28**	**31/07/2018**
3111556 301E01.622	Rachis, implant d'union longitudinale, tige. Quel que soit le niveau anatomique et quel que soit le nombre de niveaux.	**69,92**	**69,92**	**31/07/2018**
3122382 301E01.623	Rachis, implant d'union longitudinale, cadre. Quel que soit le niveau anatomique dans la limite d'un implant.	**241,99**	**241,99**	**31/07/2018**
3188560 301E01.624	Rachis, implant d'union longitudinale, connecteur. En cas de reprise ou de grosse déformation.	**65,69**	**65,69**	**31/07/2018**
3127511 301E01.68	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.	**237,32**	**237,32**	**31/07/2018**

Implant d'union transversale

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3133032 301E01.63	Rachis, implant d'union transversale. Implant d'union transversale avec son système d'assemblage, dans la limite de **380,51** € par intervention.	**171,30**	**171,30**	**31/07/2018**

Autres implants

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3187938 301E01.64	Rachis, cale métallique inter-épineuse. Dans la limite de deux par intervention.	**141,94**	**141,94**	**31/07/2018**
3115583 301E01.65	Rachis, coussinet. Dans la limite de deux par intervention.	**42,18**	**42,18**	**31/07/2018**
3188441 301E01.67	Rachis, implant d'appui sacré.	**167,69**	**167,69**	**31/07/2018**
3128976 301E01.66	Rachis, cage intersomatique ou équivalent.	**447,71**	**447,71**	**31/07/2018**

Société STRYKER SAS (STRYKER)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 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.	**665,00**	**665,00**	**31/01/2023**

	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	**240,00**	**240,00**	**31/01/2023**
3151366	Rachis, implant de reconstruction corporéale, STRYKER, VLIFT, 1 plateau 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 D'UTILISATION La prise en charge est limitée à 2 plateaux par interventions. REFERENCES PRISES EN CHARGE 48291180, 48291183, 48291188, 48291220, 48291223, 48291228, 48292215, 48290220, 48290225, 48290230, 48291180S, 48291183S, 48291188S, 48291220S, 48291223S, 48291228S, 48292215S, 48290220S, 48290225S, 48290230S	**150.00**	**150.00**	**31/01/2023**

Prothèses totales du disque lombaire

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.

La prise en charge sera conditionnée à la prescription sur une ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d’exception.

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 unFrance aide opératoire et unFrance 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.

Les prothèses totales du disque lombaire sont placées sous statut deproduit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale.

La prise en charge est assurée pour les prothèses suivantes :

Société FH ORTHOPEDICS SAS (France)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3189802	rachis, prothèse disque lombaire, FH ORTHOPEDICS, LP ESP II 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.	**1710.00**	**1710.00**	**15-06-2024**

	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 mobilité (notamment pour la déformation en rotation) et la déformabilité du coussin périphérique sont contrôlées par des picots internes solidaires des plateaux en titane. La partie centrale (noyau) comporte deux parties métalliques, mâle et femelle, imbriquées au sein du matériau souple de façon à contrôler la fonction d'amortissement vertical. Quelle que soit la taille de l'implant, le mécanisme viscoélastique est toujours le même, seule l'épaisseur des plateaux métalliques varie. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 255682 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 7° H10 255683 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 7° H12 255687 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 9° H10 255688 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 9° H12 255690 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 11° H10 255691 - PROTHESE DISCALE LP ESP - incliné 11° H12 LP ESP II est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique (F.I.T) correspondant à ces produits figure en annexe I de l'arrêté d'inscription du 03/06/2014 et publié au Journal officiel du 06/06/2014.			

Société ZIMMER BIOMET France (ZIMMER)

La prothèse MOBIDISC est constituée de l'association des éléments suivants:
– un plateau supérieur
– un plateau inférieur
– un insert mobile
– deux ailettes modulaires ou deux ancres
MOBIDISC est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. (Fiche d'information thérapeutique (F.I.T) publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription le 7 décembre 2011).

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3142611	Rachis, prothèse disque lombaire, ZIMMER, MOBIDISC, plateau supérieur. REFERENCES PRISES EN CHARGE: MD1032K: Plateau supérieur T6 S MD1042K: Plateau supérieur T6 M MD1052K: Plateau supérieur T6 L MD1072K: Plateau supérieur T8 S MD1082K: Plateau supérieur T8 M MD1092K: Plateau supérieur T8 L	**581,40**	**581,40**	**15-12-2024**
3111415	Rachis, prothèse disque lombaire, ZIMMER, MOBIDISC, plateau inférieur. REFERENCES PRISES EN CHARGE: MD1034K: Plateau inférieur T6 S 5° MD1035K: Plateau inférieur T6 S 10° MD1044K: Plateau inférieur T6 M 5° MD1045K: Plateau inférieur T6 M 10° MD1054K:	**769,50**	**769,50**	**15-12-2024**

	Plateau inférieur T6 L 5° MD1055K: Plateau inférieur T6 L 10° MD1074K: Plateau inférieur T8 S 5° MD1075K: Plateau inférieur T8 S 10° MD1084K: Plateau inférieur T8 M 5° MD1085K: Plateau inférieur T8 M 10° MD1094K: Plateau inférieur T8 L 5° MD1095K: Plateau inférieur T8 L 10°			
3186749	Rachis, prothèse disque lombaire, ZIMMER, MOBIDISC, insert mobile. REFERENCES PRISES EN CHARGE: MD401P: Insert mobile H070° MD402P: Insert mobile H080° MD403P: Insert mobile H090° MD404P: Insert mobile H100° MD405P: Insert mobile H110°	**153,90**	**153,90**	**15-12-2024**
3155000	Rachis, prothèse disque lombaire, ZIMMER, MOBIDISC, système de fixation, set Le système de fixation est constitué, soit de 2 ancres, soit de 2 ailettes conditionnées dans un set. MODALITES DE PRISE EN CHARGE Un seul set est pris en charge par pose de prothèse. REFERENCES PRISES EN CHARGE: MD008T: ancre S MD009T: ancre M	**205,20**	**205,20**	**15-12-2024**

Société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH (CENTINEL)

Les prothèses PRODISC L et O sont constituées de l'association des éléments suivants :
- un plateau inférieur ;
- un plateau supérieur ;
- un insert (ou noyau) en polyéthylène.

PRODISC L et O sont placés sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale.
Les fiches d'information thérapeutique (FIT) correspondant à ces produits ont été publiés le 7 décembre 2011 en annexe 3 et le 14 août 2013 en annexe de l'arrêté d'inscription.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3107253	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC L, plateau supérieur. Plateau supérieur Angulation 3 : taille moyenne SSX 660 K, grande taille SSX 670 K. Plateau supérieur Angulation 6° : taille moyenne SSX 520 K, grande taille SSX 540 K. Plateau supérieur Angulation 11° : taille moyenne SSX 522 K, grande taille SSX 542 K. Prothèse disque lombaire, PRODISC L, plateau supérieur, de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH.	**914,66**	**914,66**	**15-12-2024**
3119003	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC L, plateau inférieur. Plateau inférieur Angulation 3 : taille moyenne SSX 662 K, grande taille SSX 672 K. Plateau inférieur Angulation 8 : taille moyenne SSX 664 K, grande taille SSX 674 K. Plateau inférieur : taille moyenne SSX 524 K, grande taille SSX 544 K. Prothèse disque lombaire, PRODISC L, plateau inférieur, de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH	**621,40**	**621,40**	**15-12-2024**
3174640	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC L, insert en polyéthylène. Insert en polyéthylène : Hauteur 10 mm : taille moyenne SSX 626, grande taille SSX 646, Hauteur 12 mm : taille moyenne SSX 627, grande taille SSX 647, Hauteur 14 mm : taille moyenne SSX 628, grande taille SSX 648. Prothèse disque lombaire, PRODISC L, insert en polyéthylène, de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH	**173,95**	**173,95**	**15-12-2024**
3110195	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC O, plateau supérieur. 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 Prothèse disque lombaire, PRODISC O, plateau supérieur, de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH..	**914,66**	**914,66**	**15-12-2019**
3176923	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC O, plateau inférieur. 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. Prothèse disque lombaire, PRODISC O, plateau inférieur, de la société CENTINEL SPINE	**621,40**	**621,40**	**15-12-2019**

	SCHWEIZ GmbH.			
3129668	Rachis, prothèse disque lombaire, CENTINEL, PRODISC O, insert en polyéthylène. 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. Prothèse disque lombaire, PRODISC O, insert en polyéthylène, de la société CENTINEL SPINE SCHWEIZ GmbH.	**173,95**	**173,95**	**15-12-2019**

Paragraphe 6 : Implants articulaires de poignet

Implants de l'extrémité inférieure du radius

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3137484 301E01.711	Poignet, implant radial, non métallique.	**258,06**	**258,06**	**31/07/2020**
3109803 301E01.712	Poignet, implant radial, métallique ou mixte. Il comporte une tige et une surface articulaire, convexe ou concave.	**1159,96**	**1159,96**	**31/07/2020**

Implants carpo-métacarpiens

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3130476 301E01.721	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.	**1546,78**	**1546,78**	**31/07/2020**
3131760 301E01.722	Poignet, implant carpo-métacarpien, avec tige(s) sans surface articulaire. Implant comportant une (ou deux) tige(s).	**1502,31**	**1502,31**	**31/07/2020**
3115465 301E01.723	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.	**42,95**	**42,95**	**31/07/2020**

Implants trapézo-métacarpiens

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3100624 301E01.731	Poignet, implant trapézo-métacarpien non métallique	**578,55**	**578,55**	**31/07/2020**
3125529 301E01.732	Poignet, implant trapézo-métacarpien métallique ou mixte	**1163,98**	**1163,98**	**31/07/2020**

Implants carpiens

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3128350 301E01.741	Poignet, implant carpien du scaphoïde, céramique.	**773,40**	**773,40**	**31/07/2020**
3157386 301E01.742	Poignet, implant carpien du scaphoïde ou du semi-lunaire, métallique.	**672,80**	**672,80**	**31/07/2020**
3164890 301E01.743	Poignet, implant carpien-trapézien, non métallique.	**178,85**	**178,85**	**31/07/2020**
3138437 301E01.744	Poignet, implant carpien-trapézien, métallique ou mixte.	**343,73**	**343,73**	**31/07/2020**
3140032 301E01.745	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.	**133,33**	**133,33**	**31/07/2020**

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 :

Société Stryker Spine

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3185678	Cheville, insert en polyéthylène, révision, STRYKER SPINE, STAR. Indications : Remplacement des articulations tibio-talienne et talo-malléolaire 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. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 99-0028/11F, 99-0028/12F, 99-0028/13F et 99-0028/14F.	**184,44**	**184,44**	**31/05/2020**
3133546	Cheville, implant astragalien, cimenté, STRYKER SPINE, STAR. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-250, 400-251, 400-252, 400-253, 400-254, 400-255, 400-256, 400-257, 400-258 et 400-259.	**700,88**	**700,88**	**31/05/202**
3162915	Cheville, implant tibial, cimenté, STRYKER SPINE, STAR. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-260, 400-261, 400-262, 400-263 et 400-264.	**774,68**	**774,68**	**31/05/2020**
3136898	Cheville, implant tibial, non cimenté, STRYKER SPINE, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-230, 400-231, 400-232, 400-233 et 400-234.	**809,68**	**809,68**	**31-05-2020**
3130938	Cheville, implant astragalien, non cimenté, STRYKER SPINE, 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.	**735,88**	**735,88**	**31-05-2020**
3108436	Cheville, insert en polyéthylène, STRYKER SPINE, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-140F, 400-141F, 400-142F, 400-143F et 400-144F.	**184,44**	**184,44**	**31-05-2020**

Société Tornier Sas (France)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**809,68**	**809,68**	**31-05-2020**
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 :	**735,88**	**735,88**	**31-05-2020**

	LJU 100, LJU 101, LJU 102, LJU 103, LJU 110, LJU 111, LJU 112 et LJU 113.			
3134400	Cheville, insert en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO 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.	**184,44**	**184,44**	**31-05-2020**
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.	**809,68**	**809,68**	**31-05-2025**
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.	**735,88**	**735,88**	**31-05-2025**
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.	**184,44**	**184,44**	**31-05-2025**
3122703	Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), INFINITY Implant tibial pour prothèse totale de cheville INFINITY de la société TORNIER SAS (France). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 33650001 ; 33650002 ; 33650003 ; 33650013 ; 33650004 ; 33650014 ; 33650005 ; 33650015 ; 33650006 ; 33650016.	**809,68**	**809,68**	**31-05-2025**
3125765	Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), INFINITY Implant talien pour prothèse totale de cheville INFINITY de la société TORNIER SAS (France). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 33630021 ; 33630022 ; 33630023 ; 33630024 ; 33630025 ; 33630026	**735,88**	**735,88**	**31-05-2025**
3104792	Cheville, insert en polyéthylène, TORNIER SAS (France), INFINITY Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville INFINITY de la société TORNIER SAS (France). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 33651106 ; 33651108 ; 33651110 ; 33651112 ; 33652206 ; 33652208 ; 33652210 ; 33652212 ; 33653206 ; 33653208 ; 33653210 ; 33653212 ; 33653306 ; 33653308 ; 33653310 ; 33653312 ; 33654307 ; 33654309 ; 33654311 ; 33654313 ; 33654406 ; 33654408 ; 33654410 ; 33654412 ; 33655407 ; 33655409 ; 33655411 ; 33655413 ; 33655506 ; 33655508 ; 33655510 ; 33655512 ; 33656507 ; 33656509 ; 33656511 ; 33656513 ; 33656606 ; 33656608 ; 33656610 ; 33656612.	**184,44**	**184,44**	**31-05-2025**

Paragraphe 8 : Implants articulaires de doigt (mains et pieds)

Implants métacarpiens ou métatarsiens monobloc

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3113561 301E01.911	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien monobloc, non métallique. Il est composé d'une tige et d'une extrémité céphalique.	**202,93**	**202,93**	**31/07/2022**
3192017 301E01.912	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.	**633,23**	**633,23**	**31/07/2022**

Implants métacarpiens ou métatarsiens modulaires

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3177800 301E01.9131	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, tige. Tige métacarpienne ou métatarsienne.	**567,63**	**567,63**	**31/07/2022**
3186554 301E01.9132	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, embase avec tête et col. La référence 3186554 ne peut s'ajouter qu'à la référence 3177800.	**296,15**	**296,15**	**31/07/2022**
3181232 301E01.914	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, cupule. Cupule métacarpienne ou métatarsienne.	**355,79**	**355,79**	**31/07/2022**

Implants phalangiens

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3143438 301E01.921	Doigt, implant phalangien, non métallique.	**178,53**	**178,53**	**31/07/2022**
3175131 301E01.922	Doigt, implant phalangien, métallique ou mixte. Il est composé d'une tige (vissée ou non) et d'une surface articulaire	**347,89**	**347,89**	**31/07/2022**

Implants métacarpophalangiens, métatarsophalangiens et interphalangiens, bipolaires, correspondant à une prothèse totale.

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3163671 301E01.931	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.	**241,46**	**241,46**	**31/07/2022**
3122583 301E01.932	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	**486,76**	**486,76**	**31/07/2022**

	charnière ou pivot).			
3115689 301E01.933	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).	**1007,72**	**1007,72**	**31/07/2022**

Surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3140049 301E01.94	Doigt, surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien.	**435,55**	**435,55**	**31/07/2022**

Paragraphe 9 : Implants de l'articulation sacro-iliaque

Société SI-BONE (SI-BONE)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3147413	Articulation sacro-iliaque, implant, SI-BONE, IFUSE IMPLANT SYSTEM. Système implant pour arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque IFUSE IMPLANT SYSTEM, société SI-BONE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Traitement de deuxième intention de la dysfonction de l'articulation sacro-iliaque causée par une disjonction de l'articulation sacro-iliaque ou une sacro-iliite dégénérative chez les patients non soulagés par un traitement conservateur. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Avant toute implantation d'IFUSE IMPLANT SYSTEM, le diagnostic d'une dysfonction unilatérale ou bilatérale de l'articulation sacro-iliaque doit avoir été confirmé : La positivité à trois des cinq manœuvres de provocation de la douleur (test en écartement des ailes iliaques, test en rapprochement des ailes iliaques, le test en compression verticale de chaque ASI, le test en appui sur le sacrum, le test en cisaillement des deux ASI en décubitus dorsal) ainsi que les données de l'interrogatoire, associées à la palpation de l'ASI permettent de sélectionner au mieux les patients susceptibles de bénéficier d'injections diagnostiques d'anesthésiques ou de corticoïdes dans l'articulation sacro-iliaque. Si la réaction clinique à l'injection est significativement positive, l'articulation sacro-iliaque peut être considérée comme la source de la douleur. La pose du dispositif IFUSE IMPLANT SYSTEM doit être réservée à des chirurgiens : - ayant l'habitude d'utiliser la chirurgie guidée par imagerie - et ayant suivi une formation spécifique à la pose d'IFUSE par compagnonnage. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Pour le diamètre 4mm : 4035-100 ; 4045-100 ; 4055-100. Pour le diamètre 7mm : 7030-100 ; 7035-100 ; 7040-100 ; 7045-100 ; 7050-100 ; 7055-100 ; 7060-100 ; 7065-100 ; 7070-100.	**1 266,00**	**1 266,00**	**15-09-2023**

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.

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 :

Société Lars SA

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 .	**503,08**	**503,08**	**01-04-2018**

Société Orthomed SA

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**494,28**	**494,28**	**30-07-2009**

Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3104616	Ligament articulaire artificiel du rachis, de remplacement ou de renfort.	**231,71**	**231,71**	**31/07/2025**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3183165	Ligament articulaire artificiel aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.	**54,39**	**54,39**	**31/07/2025**
3195197	Ligament articulaire artificiel non aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.	**54,39**	**54,39**	**31/07/2025**

Ligament articulaire artificiel, système de fixation ou de sertissage

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 210,38 € 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.	**65,52**	**65,52**	**31/07/2025**

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 ».

Lames plaques ou lames coudées

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Clous plaques

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Vis plaque

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Plaque (sécable ou non)

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Vis et contre vis

Avec ou sans accessoires : écrou, rondelle, quel que soit le diamètre.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

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 **190,26** € par intervention.	**84,79**	**84,79**	**31-07-2025**
3175830	Ostéosynthèse, vis d'interférence, résorbable, ligamentoplastie. Vis d'interférence pour fixation de greffon osseux et tendineux lors de ligamentoplastie. Dans la limite de **468,32** € par intervention.	**211,42**	**211,42**	**31-07-2025**

Clous centro-médullaires

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Broches

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3197753	Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, non résorbable.	**113,14**	**113,14**	**31-07-2025**
3190857	Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, résorbable.	**176,03**	**176,03**	**31-07-2025**

Implants pour chirurgie des extrémités des membres, mains et pieds

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Implants d'ostéosynthèse sur mesure

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Implants d'allongement

Codes	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3196943 301E03.021	Ostéosynthèse, clou d'allongement, avec son système de verrouillage.	**2 195,94**	**2 195,94**	**31-07-2025**
	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.			

Implants pour chirurgie cranio-maxillo-faciale

Prothèses totales de l'articulation temporo-mandibulaire

Société CMT WENGER (CMT)

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-aluminium-vanadium (Ti-6Al-4V) sont indiquées chez les patients ayant une sensibilité connue ou présumée au nickel.
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
L'utilisation des PROTHESES TMJ est réservée aux centres de chirurgie maxillo-faciale et aux praticiens ayant l'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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3172658	Prothèse maxillo-faciale, CMT, TMJ, temporale. Composante temporale ou fosse de la prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ de la société CMT WENGER. REFERENCES PRISES EN CHARGE 24-6563 ou 24-6563-INT : TMJ SM gauche, fosse comp/INVST, position : gauche, taille : petite 24-6561 ou 24-6561-INT : TMJ MED gauche, fosse comp/ INVST, position : gauche, taille : moyenne 24-6565 ou 24-6565-INT : TMJ LRG gauche fosse comp/ INVST, position : gauche, taille : grande 24-6562 ou 24-6562-INT : TMJ SM droite fosse comp/INVST, position : droite, taille : petite 24-6560 ou 24-6560-INT : TMJ MED droite fosse comp/INVST, position : droite, taille : moyenne 24-6564 ou 24-6564-INT : TMJ LRG droite fosse comp/INVST, position : droite, taille : grande	**2856,65**	**2856,65**	**15-02-2024**
3140629	Prothèse maxillo-faciale, CMT, TMJ, élément mandibulaire CRCOMO. Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de chrome-cobalt-molybdène de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ de la société CMT WENGER. REFERENCES PRISES EN CHARGE 24-6546 ou 24-6546-INT : TMJ 45 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 45 mm 24-6551 ou 24-6551-INT : TMJ 50 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 50 mm 24-6556 ou 24-6556-INT : TMJ 55 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 55 mm 24-6545 ou 24-6545-INT : TMJ 45 mm INVST mandibulaire droite, type : standard, position : droite, taille : 45 mm 24-6550 ou 24-6550-INT : TMJ 50 mm INVST mandibulaire droite, type : standard, position : droite, taille : 50 mm 24-6555 ou 24-6555-INT : TMJ 55 mm INVST mandibulaire droite, type : standard, position : droite, taille : 55 mm	**2856,65**	**2856,65**	**15-02-2024**

	24-6645 ou 24-6645-INT : TMJ compos mandibu drt désaxé 45 mm, type : désaxé, position : droit, taille : 45 mm 24-6646 ou 24-6646-INT : TMJ compos mandibu gau désaxé 45 mm, type : désaxé, position : gauche, taille : 45 mm 24-6650 ou 24-6650-INT : TMJ compos mandibu drt désaxé 50 mm, type : désaxé, position : droit, taille : 50 mm 24-6651 ou 24-6651-INT : TMJ compos mandibu gau désaxé 50 mm, type : désaxé, position : gauche, taille : 50 mm 01-6546 ou 01-6546-INT : TMJ compos mandibu étroit gau 45 mm, type : étroit, position : gauche, taille : 45 mm 01-6551 ou 01-6551-INT : TMJ compos mandibu étroit gau 50 mm, type : étroit, position : gauche, taille : 50 mm 01-6545 ou 01-6545-INT : TMJ compos mandibu étroit drt 45 mm, type : étroit, position : droit, taille : 45 mm 01-6550 ou 01-6550-INT : TMJ compos mandibu étroit drt 50 mm, type : étroit, position : droit, taille : 50 mm			
3118630	Prothèse maxillo-faciale, CMT, 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 CMT WENGER. REFERENCES PRISES EN CHARGE 24-6546TI ou 14-6546TI-INT : TMJ 45 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 45 mm 24-6551TI ou 24-6551TI-INT : TMJ 50 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 50 mm 24-6556TI ou 24-6556TI-INT : TMJ 55 mm INVST mandibulaire gauche, type : standard, position : gauche, taille : 55 mm 24-6545TI ou 24-6545TI-INT : TMJ 45 mm INVST mandibulaire droit, type : standard, position : droit, taille : 45 mm 24-6550TI ou 24-6550TI-INT : TMJ 50 mm INVST mandibulaire droit, type : standard, position : droit, taille : 50 mm 24-6555TI ou 24-6555TI-INT : TMJ 55 mm INVST mandibulaire droit, type : standard, position : droit, taille : 55 mm 24-6645TI ou 24-6645TI-INT : TMJ compos mandibulaire droit désaxé 45 mm, type : désaxé, position : droit, taille : 45 mm 24-6646TI ou 24-6646TI-INT : TMJ compos mandibulaire gauche désaxé 45 mm, type : désaxé, position : gauche, taille : 45 mm 24-6650TI ou 24-6650TI-INT : TMJ compos mandibulaire droit désaxé 50 mm, type : désaxé, position : droit, taille : 50 mm 24-6651TI ou 24-6651TI-INT : TMJ compos mandibulaire gauche désaxé 50 mm, type : désaxé, position : gauche, taille : 50 mm 01-6546TI ou 01-6546TI-INT : TMJ compos mandibulaire étroit gauche 45 mm, type : étroit, position : gauche, taille : 45 mm	**2856,65**	**2856,65**	**15-02-2024**

	01-6551TI ou 01-6551TI-INT : TMJ compos mandibulaire étroit gauche 50 mm, type : étroit, position : gauche, taille : 50 mm 01-6545TI ou 01-6545TI-INT : TMJ compos mandibulaire étroit droit 45 mm, type : étroit, position : droit, taille : 45 mm 01-6550TI ou 01-6550TI-INT : TMJ compos mandibulaire étroit droit 50 mm, type : étroit, position : droit, taille : 50 mm			

Plaques crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3185767 301E03.0311	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, droite.	**47,23**	**47,23**	**31/07/2022**
3195932 301E03.0312	Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro droite. Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	**70,40**	**70,40**	**31/07/2022**
3183389 301E03.0313	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, non droite.	**58,72**	**58,72**	**31/07/2022**
3125452 301E03.0314	Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro non droite. Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	**77,70**	**77,70**	**31/07/2022**
3148306 301E03.0315	Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface inférieure ou égale à 4 cm².	**90,01**	**90,01**	**31/07/2022**
3133026 301E03.0316	Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface supérieure à 4 cm².	**250,52**	**250,52**	**31/07/2022**
3132601 301E03.0317	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, droite.	**216,71**	**216,71**	**31/07/2022**
3115169 301E03.0318	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, non droite.	**298,37**	**298,37**	**31/07/2022**
3163317 301E03.0319	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, pour construction totale de la mandibule.	**542,79**	**542,79**	**31/07/2022**
3161548 301E03.0301	Implant crânio-maxillo-facial, plaque à losanges à réglage sur site.	**289,88**	**289,88**	**31/07/2022**
3172517 301E03.0302	Implant crânio-maxillo-facial, plaque nasale, préformée, pour génioplastie.	**122,66**	**122,66**	**31/07/2022**
3153307 301E03.0303	Implant crânio-maxillo-facial, plaque ronde pour neurochirurgie.	**94,87**	**94,87**	**31/07/2022**

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3103195	Implant cranio-maxillo-facial, plaque surface < ou = 4 cm2, RESORB X, GEBRUDER INDICATION PRISE EN CHARGE Craniosténoses et traumatismes craniofaciaux pédiatriques nécessitant une ostéosynthèse. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 52-075-04-04 ; 52-080-04-04 ; 52-077-04-04 ; 52-082-04-04 ; 52-076-04-04 ; 52-075-08-04 ; 52-076-08-04 ; 52-095-06-04 ; 52-095-07-04 ; 52-096-06-04 ; 52-096-07-04 ; 52-085-05-04 ; 52-090-06-04 ; 52-088-06-04 ; 52-306-17-04 ; 52-306-19-04 ; 52-306-23-04 ; 52-306-24-04 ; 52-306-30-04 ; 52-312-12-04 ; 52-312-13-04 ; 52-312-17-04 ; 52-312-18-04 ; 52-312-22-04 ; 52-312-23-04 ; 52-091-06-04 ; 52-092-06-04.	**92,36**	**92,36**	**31-10-2022**
3168616	Implant cranio-maxillo-facial plaque surface > 4 et <ou=20cm2 RESORB X, GEBRUDER INDICATION PRISE EN CHARGE Craniosténoses et traumatismes craniofaciaux pédiatriques nécessitant une ostéosynthèse. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 52-076-22-04 ; 52-303-26-04 ; 52-306-26-04 ; 52-303-25-04 ; 52-306-25-04 52-310-25-04 ; 52-308-11-04 ; 52-310-11-04 ; 52-301-28-04 ; 52-301-38-04 ; 52-302-31-04 ; 52-301-20-04 ; 52-302-30-04 ; 52-302-41-04 ; 52-303-28-04 ; 52-306-28-04 ; 52-310-32-04 ; 52-310-14-04 ; 52-306-40-04.	**253,17**	**253,17**	**31-10-2022**

Vis crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3180860 301E03.0321	Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée micro ou mini. Vis de diamètre inférieur ou égal à 2,3 mm.	**10,09**	**10,09**	**31/07/2022**
3179790 301E03.0322	Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée maxi. Vis de diamètre supérieur à 2,3 mm.	**32,47**	**32,47**	**31/07/2022**
3108910 301E03.0323	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 ».	**17,14**	**17,14**	**31/07/2022**
3171400 301E01.0324	Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, à ailettes de filetage larges Vis à ailettes de filetage larges (type Schendel).	**24,62**	**24,62**	**31/07/2022**
3199522	Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, autoforeuse ou à ailettes	**51,90**	**51,90**	**31/07/2022**

301E01.0325	Vis autoforeuse ou à ailettes de filetage larges (type Schendel) et à filetage partiel.			

Société Gebrüder Martin GmbH & Co KG (GEBRUDER)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3160632	Implant cranio-maxillo-facial, rivets, SONICPINS RX, GEBRUDER, par 2. Conditionnement de 2 rivets pour implant cranio-maxillo-facial SONICPINS RX de la société Gebrüder Martin GmbH & Co KG REFERENCES PRISES EN CHARGE : 52-516-24-04 ; 52-516-25-04 ; 52-516-26-04 ; 52-516-27-04 ; 52-521-24-04 ; 52-521-25-04 ; 52-521-27-04 ; 52-521-29-04.	**106,22**	**106,22**	**31-10-2022**
3149530	Implant cranio-maxillo-facial, rivets, SONICPINS RX, GEBRUDER, par 5. Conditionnement de 5 rivets pour implant cranio-maxillo-facial SONICPINS RX de la société Gebrüder Martin GmbH & Co KG REFERENCES PRISES EN CHARGE : 52-516-54-04 ; 52-516-55-04 ; 52-516-56-04 ; 52-516-57-04 ; 52-521-54-04 ; 52-521-55-04 ; 52-521-57-04 ; 52-521-59-04.	**265,55**	**265,55**	**31-10-2022**

Implant osseux pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3156174 301E07.1	Implant osseux, avec pilier, adaptation d'une épiprothèse.	**217,57**	**217,57**	**31/07/2022**

Autres implants

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3157937 301E03.033	Implant crânio-maxillo-facial, Fil de cerclage en titane par intervention.	**29,35**	**29,35**	**31/07/2022**

Sous-section 4 : Substituts osseux

Paragraphe 1 : Substituts synthétiques de l'os

Sous-section 1 : Implants ou substituts osseux

INDICATION PRISE EN CHARGE
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
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'intervention pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de 1 097,63 euros
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 3 247,16 euros 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.

I. – 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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3104556	Implant osseux, géométrique, volume < ou = 5 cm³. Implant osseux de forme géométrique pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³	**152,45**	**152,45**	**31/07/2018**
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.	**167,69**	**167,69**	**31/07/2018**
3159072	Implant osseux, géométrique, > 15 cm³. Implant osseux de forme géométrique pour un volume supérieur à 15 cm³.	**243,92**	**243,92**	**31/07/2018**
3115028	Implant osseux, anatomique, chirurgie orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie orthopédique (vertèbre, disque intervertébral, coin d'ostéotomie...)	**213,43**	**213,43**	**31/07/2018**
3193519	Implant osseux, anatomique, chirurgie non orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-facial, ORL ou neurochirurgie notamment).	**152,45**	**152,45**	**31/07/2018**

- Ciments sulfocalciques :
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	SOCIÉTÉ	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3191348	Implant osseux, poudre ≤ 15 cm³, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide. Ciment injectable sulfocalcique CERAPLAST CMT prise rapide dose de 10 cm³.	CERAVER (France)	**152,45**	**152,45**	**14-03-2006**
3166801	Implant osseux, poudre > 15 cm³, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide. Ciment injectable sulfocalcique, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide dose de 20 cm³.	CERAVER (France)	**221,05**	**221,05**	**14-03-2006**

II. – Pour les produits d'autres compositions, la prise en charge est assurée pour les produits suivants

a) Phosphates de calcium

Produits multiphasiques

Ciments phosphocalciques injectables et modelables

Société SBM SAS

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.
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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3132920	Implant osseux, pâte, &lt ; ou = 5 cm3, SBM SAS, BIO 1 QUICK SET. Substitut osseux injectable durcissant en seringue de 2 cc et 5 cc seringue avec accessoires. Référence : taille S QUICK26210 (2 cm3). Référence : taille M QUICK26220 (5 cm3).	**144,83**	144,83	**15-10-2021**
3135999	Implant osseux, pâte, &gt ; 5 cm3 et &lt ; ou = 15 cm3, SBM SAS, BIO 1 QUICK SET. Substitut osseux injectable durcissant en seringue de 10 cc et 15 cc avec accessoires. Référence : taille L QUICK26230 (10 cm3). Référence : taille XL QUICK26240 (15 cm3).	**152,45**	152,45	**15-10-2021**

Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)

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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3134416	Implant osseux, poudre, < ou = 15 cm^3, ZIMMER, CALCIBON. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 5 g, volume final de pâte : 4 cm^3. Ciment injectable CALCIBON 10 g, volume final de pâte : 8 cm^3.	**152,45**	**152,45**	**01-03-2019**
3146655	Implant osseux, poudre, > 15 $cm^3$3, ZIMMER, CALCIBON. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 20 g, volume final de pâte : 16 cm^3.	**221,05**	**221,05**	**01-03-2019**
3192365	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 1 ml, ZIMMER, CALCIBON INJECT. DESCRIPTION CALCIBON INJECT est un substitut osseux injectable, sous forme de pâte osseuse synthétique malléable, sans résistance mécanique, appartenant à la catégorie des phosphates de calcium. Il comporte 83,5% de pâte d'hydroxyapatite (38 % de nanocristaux d'hydroxyapatite et 62 % d'eau stérile) et de 16,5 % de granules poreux (60 % d'hydroxyapatite et 40 % de phosphate tricalcique). Les granules ont une taille comprise entre 0,5 et 1 mm et une densité de 0,46 à 0,59 g/cm3. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3040010001	**144,83**	**144,83**	**01-03-2022**
3130370	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 2,5 ml, ZIMMER, CALCIBON INJECT. DESCRIPTION CALCIBON INJECT est un substitut osseux injectable, sous forme de pâte osseuse synthétique malléable, sans résistance mécanique, appartenant à la catégorie des phosphates de calcium. Il comporte 83,5 % de pâte d'hydroxyapatite (38 % de nanocristaux d'hydroxyapatite et 62 % d'eau stérile) et de 16,5 % de granules poreux (60 % d'hydroxyapatite et 40 % de phosphate tricalcique). Les granules ont une taille comprise entre 0,5 et 1 mm et une densité de 0,46 à 0,59 g/cm3. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3040020001.	**144,83**	**144,83**	**01-03-2022**
3104310	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 5 ml, ZIMMER, CALCIBON INJECT. DESCRIPTION CALCIBON INJECT est un substitut osseux injectable, sous forme de pâte osseuse synthétique malléable, sans résistance mécanique, appartenant à la catégorie des phosphates de calcium. Il comporte 83,5 % de pâte d'hydroxyapatite (38 % de nanocristaux d'hydroxyapatite et 62 % d'eau stérile) et de 16,5 % de granules poreux (60 % d'hydroxyapatite et 40 % de phosphate tricalcique). Les granules ont une taille comprise entre 0,5 et 1 mm et une densité de 0,46 à 0,59 g/cm3. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3040050001	**144,83**	**144,83**	**01-03-2022**

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS (J&J)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3159497	Ciment phosphocalcique injectable, poudre, inférieur ou égal à 10cm3, CHRONOS INJECT, de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division DEPUY SYNTHES. Implant osseux, poudre, < ou = 10 cm³, injectable, J&J, 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.	**152,45**	**152,45**	**01-12-2015**

Société Teknimed

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3199456	Implant osseux, poudre, > 15 cm3, TEKNIMED, CEMENTEK LV. 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 LV dose 40 g correspondant à 16 cm3 T8150LV.	**221,05**	**221,05**	**14-02-2020**

Ostibone

Société FH ORTHOPEDICS SAS (FH ORTHOPEDICS)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3139247	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 5 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE DESCRIPTION OSTIBONE est un substitut synthétique de l'os appartenant à la catégorie des phosphates de calcium de la société FH ORTHOPEDICS SAS. Il se présente sous la forme d'un gel injectable composé d'eau (70 %) et de nanocristaux d'hydroxyapatite (30 %). Conditionnement : seringue de 5 ml avec prolongateur de seringue. INDICATIONS PRISE EN CHARGE Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes.	**144,83**	**144,83**	**31-12-2022**

	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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE - 253 431.			
3180741	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 2 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE DESCRIPTION OSTIBONE est un substitut synthétique de l'os appartenant à la catégorie des phosphates de calcium de la société FH ORTHOPEDICS SAS. Il se présente sous la forme d'un gel injectable composé d'eau (70 %) et de nanocristaux d'hydroxyapatite (30 %). Conditionnement : seringue de 2 ml avec prolongateur de seringue. INDICATIONS 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE - 253 430.	**144,83**	**144,83**	**31-12-2022**
3134110	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, seringue de 1 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE DESCRIPTION OSTIBONE est un substitut synthétique de l'os appartenant à la catégorie des phosphates de calcium de la société FH ORTHOPEDICS SAS. Il se présente sous la forme d'un gel injectable composé d'eau (70 %) et de nanocristaux d'hydroxyapatite (30 %). Conditionnement : seringue de 1 ml avec prolongateur de seringue.	**144,83**	**144,83**	**31-12-2022**

	INDICATIONS 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE - 253 429.			

Société Medtronic France (Medtronic)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3137478	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, cartouche de 5 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35% d'hydroxyapatite, cartouche de 5 ml, avec applicateur vissable, de la société MEDTRONIC France. INDICATIONS : Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. SPECIFICATIONS 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. MODALITES 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - 8470050	**144,83**	**144,83**	**01-10-2023**
3128812	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, cartouche de 2 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35% d'hydroxyapatite, cartouche de 2 ml, avec canule d'application, de la société MEDTRONIC France. INDICATIONS : Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne	**144,83**	**144,83**	**01-10-2023**

	sont pas applicables ou suffisantes. SPECIFICATIONS 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. MODALITES 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - 8470020			
3129898	Implant osseux, pâte, < ou = 5 cm3, cartouche de 1 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM pâte injectable composée de 35% d'hydroxyapatite, cartouche de 1 ml, avec canule d'application, de la société MEDTRONIC France. INDICATIONS : Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. SPECIFICATIONS 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. MODALITES 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - 8470010	**144,83**	**144,83**	**01-10-2023**

Société GLOBAL S

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3117984	Substitut osseux synthétique résorbable, pâte, <ou=5cm3, GLOBAL S, EXABONE PASTE Substitut osseux synthétique résorbable EXABONE PASTE de la société GLOBAL S. DESCRIPTION EXABONE PASTE est un substitut osseux résorbable, d'origine synthétique, qui se présente sous une forme injectable. Il est constitué de : - 38 % d'hydroxyapatite (HA) ; - 62 % d'eau. 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 08000005 : EXABONE PASTE 0,5 cm3 08000010 : EXABONE PASTE 1 cm3 08000020 : EXABONE PASTE 2 cm3 08000025 : EXABONE PASTE 2,5 cm3 08000050 : EXABONE PASTE 5 cm3	**115,86**	**115,86**	**15-02-25**
3111792	Substitut osseux synthétique résorbable, pâte, <ou=5cm3, GLOBAL S, EXABONE PUTTY Substitut osseux synthétique résorbable EXABONE PUTTY de la société GLOBAL S. DESCRIPTION EXABONE PUTTY est un substitut osseux résorbable, d'origine synthétique, qui se présente sous une forme injectable. Il est constitué de : - 83,5 % de pâte d'hydroxyapatite (HA) ; - 16,5 % de granules de phosphate tricalcique (bTCP) et d'hydroxyapatite (0,5-1,0 mm). La pâte HA est composée de 38 % d'hydroxyapatite / 62 % d'eau et les granules poreuses sont composées de 60 % d'hydroxyapatite et 40 % de phosphate tricalcique (bTCP). 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.	**115,86**	**115,86**	**15-02-25**

	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 11000005 : EXABONE PUTTY 0,5 cm3 11000010 : EXABONE PUTTY 1 cm3 11000020 : EXABONE PUTTY 2 cm3 11000025 : EXABONE PUTTY 2,5 cm3			

b) Bioverre

Société NORAKER (NORAKER)

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 :

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

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3145302	Implant osseux, synth bioverre, < ou = 5 cm3, NORAKER, GLASSBONE REFERENCES PRISES EN CHARGE	**152,45**	**152,45**	**15-08-2023**

	GB004.05/05-U, GB004.05/1-U, GB05.1/05-U, GB05.1/1-U, GB05.1/5, GB1.3/1-U, GB1.3/5			
3150504	Implant osseux, synth bioverre, > 5 cm3 et < ou = 15 cm3, NORAKER, GLASSBONE REFERENCE PRISE EN CHARGE GB1.3/10	**167,69**	**167,69**	**15-08-2023**
3195300	Implant osseux, synth bioverre, > 15 cm3, NORAKER, GLASSBONE REFERENCE PRISE EN CHARGE GB1.3/16	**243,92**	**243,92**	**15-08-2023**
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.	**123,11**	**123,11**	**15-08-2025**
3143473	Implant osseux, synth bioverre, > 5 cm3 et < ou = 15 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	**129,58**	**129,58**	**15-08-2025**

	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-IP10 : GLASSBONE INJECTABLE PUTTY 10 cm3			

Paragraphe 2 : Autres éléments de substitution et de comblement à matrice bio-inerte avec ou sans bio-activité de surface

Implant cranio-faciale sur mesure

Société DISPOMED

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3172374	. Implant cranio-faciale sur mesure, < 125 cm2, DISPOMED, GLACE INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale, - ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de GLACE est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Modalités de prescription La prescription doit notamment être associée aux résultats d'un examen tomodensitométrique dont l'épaisseur des coupes doit être idéalement de 1mm et au maximum de 3mm. Conditions d'utilisation La mise en place de GLACE nécessite le fraisage du contour ou des berges du déficit osseux. La zone à	**5250,00**	**5250,00**	**01-03-2024**

	fraiser est de 6 à 8mm de largeur et de 1 mm de profondeur afin de permettre la pose du rebord de l'implant. L'implant est fixé par des vis à tête plate utilisant les trous pré percés dans ce rebord. DESCRIPTION GLACE est un substitut osseux sur-mesure non résorbable. Il est composé de plaques en composite renforcé de fibres (CRF) tissées, assemblées sous forme de multicouches au moyen de 2 tiges unidirectionnelles en CRF par étage. Les espaces libres créés entre les plaques par ces tiges sont remplis de particules de verre bioactif S53P4. Les éléments composant l'implant GLACE sont les suivants : - Le CRF, qui vise à renforcer l'implant, est lui-même constitué d'un assemblage de fibres de verre renforcées par un polymère (résine de diméthacrylate polymérisée). En fonction de la surface à combler et des exigences de résistance, l'implant peut contenir une ou plusieurs barres de renfort en CRF, résultant de la soudure de 2 plaques sur le même plan. Les plaques et les tiges en CRF ont une résistance à la flexion de 400-600 MPa et de 1 200 MPa, respectivement. - Les fibres de verre ont un diamètre de 15-17 µm. Des fibres continues bidirectionnelles (tissées) et des fibres unidirectionnelles sont utilisées pour la fabrication de l'implant. - Les granules de verre bioactif S53P4, qui visent à favoriser la croissance de l'os nouveau et à limiter les infections bactériennes, ont une taille moyenne de 500 µm et sont résorbables. L'implant est conçu avec un débord de 6,8 mm par rapport au défect osseux afin de permettre sa fixation sur l'os au moyen de vis à tige autobloquante à tête plate. D'autres orifices peuvent être prévus lors de la conception ou être réalisés lors de l'intervention. La conception de GLACE permet de créer des implants de différentes tailles et formes couvrant les besoins au regard de l'anatomie qu'il s'agisse de défects ayant une surface inférieure à 125cm2, comprise entre 125cm2 et 180cm2, supérieure à 180cm2 ou ayant une forme complexe. Conception de l'implant L'implant GLACE est réalisé sur mesure à partir des données tomodensitométriques du patient. Celles-ci sont téléchargées au format DICOM sur la plateforme du fabricant. Les données sont traitées par le logiciel MIMICS qui modélise la forme nécessaire au comblement du défect osseux, Un moulage en résine du crâne du patient est réalisé ainsi qu'un moulage du défect osseux. Le projet de conception doit être validé par le médecin prescripteur avant la mise en production de l'implant. La modélisation permet la réalisation d'un moule par impression 3D. Les différentes couches de fibres de verre, les billes de verre bioactif et les barres de renforcement sont placées manuellement dans le moule. L'implant est ensuite exposé à la lumière UV puis cuit au four. Le délai total de fabrication et de livraison de l'implant au prescripteur est garanti sous 10 jours ouvrables à partir de la validation par le prescripteur de la proposition du fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE Implant sur mesure GLACE ; Références : SIC-1000-1. - Taille inférieure à 125cm2,			
3196653	Implant cranio-faciale sur mesure, > 125 cm2 < 180 cm2, DISPOMED, GLACE INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, - soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale, - ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de GLACE est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Modalités de prescription La prescription doit notamment être associée aux résultats d'un examen tomodensitométrique dont l'épaisseur des coupes doit être idéalement de 1mm et au maximum de 3mm. Conditions d'utilisation	**5750,00**	**5750,00**	**01-03-2024**

	La mise en place de GLACE nécessite le fraisage du contour ou des berges du déficit osseux. La zone à fraiser est de 6 à 8mm de largeur et de 1 mm de profondeur afin de permettre la pose du rebord de l'implant. L'implant est fixé par des vis à tête plate utilisant les trous pré percés dans ce rebord. DESCRIPTION GLACE est un substitut osseux sur-mesure non résorbable. Il est composé de plaques en composite renforcé de fibres (CRF) tissées, assemblées sous forme de multicouches au moyen de 2 tiges unidirectionnelles en CRF par étage. Les espaces libres créés entre les plaques par ces tiges sont remplis de particules de verre bioactif S53P4. Les éléments composant l'implant GLACE sont les suivants : - Le CRF, qui vise à renforcer l'implant, est lui-même constitué d'un assemblage de fibres de verre renforcées par un polymère (résine de diméthacrylate polymérisée). En fonction de la surface à combler et des exigences de résistance, l'implant peut contenir une ou plusieurs barres de renfort en CRF, résultant de la soudure de 2 plaques sur le même plan. Les plaques et les tiges en CRF ont une résistance à la flexion de 400-600 MPa et de 1 200 MPa, respectivement. - Les fibres de verre ont un diamètre de 15-17 µm. Des fibres continues bidirectionnelles (tissées) et des fibres unidirectionnelles sont utilisées pour la fabrication de l'implant. - Les granules de verre bioactif S53P4, qui visent à favoriser la croissance de l'os nouveau et à limiter les infections bactériennes, ont une taille moyenne de 500 µm et sont résorbables. L'implant est conçu avec un débord de 6,8 mm par rapport au défect osseux afin de permettre sa fixation sur l'os au moyen de vis à tige autobloquante à tête plate. D'autres orifices peuvent être prévus lors de la conception ou être réalisés lors de l'intervention. La conception de GLACE permet de créer des implants de différentes tailles et formes couvrant les besoins au regard de l'anatomie qu'il s'agisse de défects ayant une surface inférieure à 125cm2, comprise entre 125cm2 et 180cm2, supérieure à 180cm2 ou ayant une forme complexe. Conception de l'implant L'implant GLACE est réalisé sur mesure à partir des données tomodensitométriques du patient. Celles-ci sont téléchargées au format DICOM sur la plateforme du fabricant. Les données sont traitées par le logiciel MIMICS qui modélise la forme nécessaire au comblement du défect osseux, Un moulage en résine du crâne du patient est réalisé ainsi qu'un moulage du défect osseux. Le projet de conception doit être validé par le médecin prescripteur avant la mise en production de l'implant. La modélisation permet la réalisation d'un moule par impression 3D. Les différentes couches de fibres de verre, les billes de verre bioactif et les barres de renforcement sont placées manuellement dans le moule. L'implant est ensuite exposé à la lumière UV puis cuit au four. Le délai total de fabrication et de livraison de l'implant au prescripteur est garanti sous 10 jours ouvrables à partir de la validation par le prescripteur de la proposition du fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE Implant sur mesure GLACE ; Références : SIC-1000-2. - Taille comprise entre 125cm2 et 180cm2,			
3198132	Implant cranio-faciale sur mesure, >180 cm2 et implants complexes, DISPOMED, GLACE INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale,	**6250,00**	**6250,00**	**01-03-2024**

	- ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de GLACE est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Modalités de prescription La prescription doit notamment être associée aux résultats d'un examen tomodensitométrique dont l'épaisseur des coupes doit être idéalement de 1mm et au maximum de 3mm. Conditions d'utilisation La mise en place de GLACE nécessite le fraisage du contour ou des berges du déficit osseux. La zone à fraiser est de 6 à 8mm de largeur et de 1 mm de profondeur afin de permettre la pose du rebord de l'implant. L'implant est fixé par des vis à tête plate utilisant les trous pré percés dans ce rebord. DESCRIPTION GLACE est un substitut osseux sur-mesure non résorbable. Il est composé de plaques en composite renforcé de fibres (CRF) tissées, assemblées sous forme de multicouches au moyen de 2 tiges unidirectionnelles en CRF par étage. Les espaces libres créés entre les plaques par ces tiges sont remplis de particules de verre bioactif S53P4. Les éléments composant l'implant GLACE sont les suivants : - Le CRF, qui vise à renforcer l'implant, est lui-même constitué d'un assemblage de fibres de verre renforcées par un polymère (résine de diméthacrylate polymérisée). En fonction de la surface à combler et des exigences de résistance, l'implant peut contenir une ou plusieurs barres de renfort en CRF, résultant de la soudure de 2 plaques sur le même plan. Les plaques et les tiges en CRF ont une résistance à la flexion de 400-600 MPa et de 1 200 MPa, respectivement. - Les fibres de verre ont un diamètre de 15-17 µm. Des fibres continues bidirectionnelles (tissées) et des fibres unidirectionnelles sont utilisées pour la fabrication de l'implant. - Les granules de verre bioactif S53P4, qui visent à favoriser la croissance de l'os nouveau et à limiter les infections bactériennes, ont une taille moyenne de 500 µm et sont résorbables. L'implant est conçu avec un débord de 6,8 mm par rapport au défect osseux afin de permettre sa fixation sur l'os au moyen de vis à tige autobloquante à tête plate. D'autres orifices peuvent être prévus lors de la conception ou être réalisés lors de l'intervention. La conception de GLACE permet de créer des implants de différentes tailles et formes couvrant les besoins au regard de l'anatomie qu'il s'agisse de défects ayant une surface inférieure à 125cm2, comprise entre 125cm2 et 180cm2, supérieure à 180cm2 ou ayant une forme complexe. Conception de l'implant L'implant GLACE est réalisé sur mesure à partir des données tomodensitométriques du patient. Celles-ci sont téléchargées au format DICOM sur la plateforme du fabricant. Les données sont traitées par le logiciel MIMICS qui modélise la forme nécessaire au comblement du défect osseux, Un moulage en résine du crâne du patient est réalisé ainsi qu'un moulage du défect osseux. Le projet de conception doit être validé par le médecin prescripteur avant la mise en production de l'implant. La modélisation permet la réalisation d'un moule par impression 3D. Les différentes couches de fibres de verre, les billes de verre bioactif et les barres de renforcement sont placées manuellement dans le moule. L'implant est ensuite exposé à la lumière UV puis cuit au four. Le délai total de fabrication et de livraison de l'implant au prescripteur est garanti sous 10 jours ouvrables à partir de la validation par le prescripteur de la proposition du fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE Implant sur mesure GLACE ; Références : SIC-1000-3. - Taille supérieure à 180cm2 et/ou forme complexe			

Cales d’interposition

La prise en charge est assurée pour le produit suivant :

Société Matériel Implants Limousil (MIL)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3170487 301^{E}04.31	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.	**213,43**	213,43	**01-01-2010**

Prothèse osseuse sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne

Société INTEGRA LIFESCIENCES SAS (INTEGRA).

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3164937	Implant osseux sur mesure, reconstruction voûte crânienne, INTEGRA, CUSTOMBONE. Substitut osseux sur mesure en hydroxyapatite poreuse de calcium pour la reconstruction de la voûte crânienne de la société INTEGRA LIFESCIENCES S.A.S. 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 PRISES EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable : - soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale ; - ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. ACCORD PRÉALABLE La prise en charge par l'assurance maladie est assurée après accord préalable du médecin conseil conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. 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.). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE	**5840,00**	**5840,00**	**15-04-2024**

	82-6650 (dispositif sur mesure)			

Société OSSDSIGN AB (OSSDSIGN)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3188487	Implant osseux sur mesure, OSSDSIGN, OSSDSIGN CRANIAL PSI. DESCRIPTION OSSDSIGN CRANIAL PSI est un substitut osseux sur mesure. Il est composé de carreaux de céramique en phosphate de calcium, renforcés par un treillis de titane sur lequel sont intégrés les bras de fixation du dispositif. INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, - soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale, - ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge d'OSSDSIGN CRANIAL PSI est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. Modalités de prescription La prescription doit notamment être associée aux résultats d'un examen tomodensitométrique dont l'épaisseur des coupes doit être inférieure ou égale à 1 mm. Conditions d'utilisation Pour l'ajustement du dispositif OSSDSIGN CRANIAL PSI, il est possible de retirer au scalpel jusqu'à 1 mm de céramique sur les bords du dispositif. Le treillis en titane ne doit pas être découpé ou modifié. Pour une bonne fixation du dispositif il est nécessaire d'utiliser des vis avec des têtes d'un diamètre supérieur à celui des trous des bras de fixation. De même, la longueur des vis doit être inférieure à l'épaisseur de l'os dans lequel elles doivent être introduites.	**5750,00**	**5750,00**	**15-08-2024**

Société STRYKER France (STRYKER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3176461	Implant osseux crânien sur mesure, STRYKER, PEEK DESCRIPTION PEEK est un substitut osseux sur mesure. Il est composé de polyétheréthercétone INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, - soit en première intention, en cas de défect osseux : - situé dans la zone fronto-temporale, - ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). - soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de PEEK est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. 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.)	**5750,00**	**5750,00**	**30-09-2024**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 7810010 ; 7840010 ; 7850010 ; 7860010 ; 7870010 ; 7810020 ; 7840020 ; 7850020 ; 7860020 ; 7870020 ; 7810030 ; 7810040 ; 7840030 ; 7840040 ; 7850030 ; 7850040 ; 7860030 ; 7860040 ; 7870030 ; 7870040. 7880010, 7880020, 7880030 et 7880040			
3176509	Implant osseux crânien sur mesure, STRYKER, MEDPOR CCI Implant osseux crânien sur mesure MEDPOR CCI de la société STRYKER France. DESCRIPTION MEDPOR CCI est un substitut osseux sur mesure. Il est composé de polyéthylène haute densité. Le conditionnement comporte 2 implants stériles MEDPOR CCI identiques accompagnés d'un modèle d'os hôte stérile («HostBone») qui est un guide opératoire en résine de polymère correspondant au crâne du patient, à taille réelle, incluant la région du défect osseux et permettant de visionner l'orientation et l'ajustement de l'implant. INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, – soit en première intention, en cas de défect osseux: – situé dans la zone fronto-temporale, – ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). – soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est subordonnée à l'accord préalable de l'Assurance maladie. En peropératoire, MEDPOR CCI peut être découpé à l'aide d'un scalpel, modelé (dans l'eau chaude) et adapté, si nécessaire, afin de s'adapter au mieux aux contours du défaut osseux. L'implant peut être fixé à l'aide de vis auto-foreuses de 1,2, 1,5 ou 1,7 mm de diamètre et de 4 mm de longueur au minimum. Les vis s'insèrent directement dans les bords de l'implant. Les contre-indications des implants MEDPOR CCI sont les suivantes: – Toute infection latente active ou suspectée. – Tout trouble mental ou neuromusculaire susceptible de créer un risque inacceptable d'instabilité de la prothèse, de défaut de fixation de la prothèse ou de complications lors des soins postopératoires. – Masse osseuse compromise par une mauvaise irrigation sanguine, par une maladie, une infection ou une implantation antérieure, qui ne peut fournir à l'implant le soutien et/ou la fixation adéquats. – Patients souffrant d'allergies aux plastiques/polymères et/ou d'une sensibilité aux corps étrangers. – Fractures d'un os gravement atrophié. – Dans des zones de support telles que les articulations comme l'articulation temporo-mandibulaire. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – 54440110: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR, SMALL – 54440210: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR, MEDIUM – 54440310: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR, LARGE – 54440410: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR, EXTRA LARGE (XL) – 54441110: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR -PLUS-S – 54441210: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR -PLUS-M – 54441310: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR -PLUS-L – 54441410: CUSTOM CRANIAL IMPLANT MEDPOR -PLUS-XL	**57500**	**57500**	**15-10-2025**

Prothèse osseuse anatomique standard pour la reconstruction de la voûte crânienne

Société STRYKER France (STRYKER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3189937	Implant osseux crânien standard, STRYKER, MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE Substitut osseux de forme anatomique standard pour reconstruction crânienne MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE de la société STRYKER France. DESCRIPTION L'implant MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE est un substitut osseux préformé non résorbable dont la forme se rapproche de celle d'un demi-crâne. Il est constitué de résine poreuse de polyéthylène haute densité. INDICATION PRISE EN CHARGE Reconstruction crânienne, sur entente préalable, – soit en première intention, en cas de défect osseux: – situé dans la zone fronto-temporale, – ou de grande taille (supérieur à 35 cm2). soit en deuxième intention, après échec ou impossibilité de l'autogreffe. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est subordonnée à l'accord préalable de l'Assurance maladie. En peropératoire, MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE peut être découpé à l'aide d'un scalpel, modelé (dans l'eau chaude) et adapté, si nécessaire, afin de s'adapter au mieux aux contours du défaut osseux. L'implant peut être fixé avec du fil de suture ou des vis auto-foreuses qui s'insèrent directement dans les bords de l'implant, à une distance d'au moins 4 mm pour le chevauchement du matériel sur l'os. Il doit y avoir au moins 4 points de fixation. Les implants MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE ne doivent pas être utilisés: – dans les zones où le recouvrement du tissu sain, bien vascularisé est inadéquat; – dans les zones où une infection s'est récemment produite ou est active tant que le chirurgien n'a pas déterminé que l'infection a été entièrement éradiquée; – chez les patients souffrant de troubles systémiques provoquant une mauvaise cicatrisation des blessures ou menant à une détérioration du tissu mou au-dessus de l'implant; – dans les zones exposées à l'environnement extérieur; – dans les zones où des tensions prolongées, importantes et compressives sont appliquées; – dans les zones supportant un poids, comme les articulations de type temporo-mandibulaire. Dans la mesure où des tissus ont été fragilisés par une radiothérapie anticancéreuse, l'utilisation d'implants MEDPOR CRANIAL HEMISPHERE peut être problématique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – 82000: MEDPOR CRANE CRANIAL HEMISPHERE RIGHT 124x170x4,5 mm – 82001: MEDPOR CRANE CRANIAL HEMISPHERE LEFT 124x170x4,5 mm – 82002: MEDPOR CRANE CRANIAL HEMISPHERE RIGHT 131x170x6 mm – 82003: MEDPOR CRANE CRANIAL HEMISPHERE LEFT 133x170x6 mm	**1469,94**	**1469,94**	**15-10-2025**

Sous-section 5 : Implants tendineux

Implants prothétiques ou de renfort tendineux, textiles

La prise en charge du système de fixation de l'implant prothétique ou de renfort tendineux est assuré sous le code 3183633.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3138160	Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile hors rupture de la coiffe des rotateurs.	**161,83**	**161,83**	**31/07/2025**
3124240	Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile pour rupture de la coiffe des rotateurs.	**393,87**	**393,87**	**31/07/2025**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3161465	Implant tendineux, conformateur actif, lésions des tendons de la main, définitif. Implant pour pose définitive.	**252,68**	**252,68**	**31/07/2025**
3133240	Implant tendineux, conformateur passif, lésions des tendons de la main, temporaire. Implant pour pose temporaire.	**169,76**	**169,76**	**31/07/2025**

Implant de suture percutanée du tendon d'Achille

La prise en charge est assurée pour les implants de suture suivants :

Société Fh Orthopedics Sas (FH)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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). 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 ;	**307,35**	**307,35**	**22-11-2024**

	- 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.			

Sous-section 6 : Implants sur mesure

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 165-23 du code de la sécurité sociale 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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3182697 301E05.1	Implant sur mesure, pour reconstruction de bassin. Il 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 **4879,21€.**	**4702,97**	**4702,97**	**31-07-2025**
3187097 301E05.2	Implant sur mesure, pour reconstruction du fémur total. 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 **10364,79**€.	**9888,47**	**9888,47**	**31-07-2025**
3198244 301E05.3	Implant sur mesure, pour reconstruction de la tête du fémur avec appui ischiatique dite de « selle ». Il 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 **2780,87**€.	**2 780,87**	**2 780,87**	**31-07-2025**

Sous-section 7 : Systèmes modulaires de reconstruction

A. – Systèmes modulaires de reconstruction fémorale et tibiale

Société IMPLANTCAST GmbH (IMPLANTCAST)

1) INDICATIONS SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE
La prise en charge du système modulaire de reconstruction massive de la hanche et du genou SYSTEME MUTARS est assurée en cas de :
- reconstruction de l'articulation du genou après résection de tumeurs osseuses primitives localisées du fémur distal ou du tibia proximal et dans toutes situations exceptionnelles de destruction massive du fémur distal ou du tibia proximal d'origine non carcinologique

- reconstruction de l'articulation de la hanche (et du genou, le cas échéant) après résection de tumeurs osseuses localisées du fémur proximal, nécessitant la résection du fémur proximal ou de la totalité du fémur, et dans toutes situations exceptionnelles de destruction massive du fémur proximal ou du fémur total d'origine non carcinologique.

2) CONTRE-INDICATIONS

- allergie connue à un ou plusieurs matériaux constitutifs du dispositif
- troubles circulatoires résultant d'une intervention précédente ou insuffisance de la vascularisation locorégionale (artériopathie)
- infections aiguës ou chroniques
- états psychiatriques ou neurologiques diminuant la capacité du patient ou sa volonté à respecter une restriction post opératoire
- situations dans lesquelles les implants seraient soumis à des contraintes excessives : obésité majeure, insuffisances musculaires, pathologies articulaires multiples, arthropathies neurogènes, graves pathologies des muscles ou des nerfs du membre concerné sources de non utilisation de l'implant ou de complications précoces
- malformations sévères ou déviations axiales rendant impossible l'implantation
- résection non marginale de la tumeur
- troubles métaboliques graves risquant de compromettre la cicatrisation ou faciliter l'infection
- capital osseux insuffisant pour une bonne fixation de l'implant
- couverture cutanée de mauvaise qualité au niveau de l'articulation de la hanche ou du genou (risque de nécrose ou d'exposition des implants)

3) MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

La pose de l'indication ainsi que le choix des séquences pré-, per et post- opératoires doivent relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. La prise en charge des patients doit avoir lieu dans un centre spécialisé dans le traitement des tumeurs osseuses.

Dans le cadre d'une reconstruction de fémur distal, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire, d'une diaphyse de connexion, d'une ou deux diaphyses, d'une tige fémorale, d'une ou deux vis M10, d'un insert en polyéthylène, d'une embase tibiale (composant tibial), d'une charnière, d'une cale tibiale (plateau d'augmentation tibiale), d'une tige (quille) et d'un adaptateur offset.

Dans le cas le plus simple, le système est constitué d'un composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire, d'une tige fémorale, d'une vis M10, d'un insert en polyéthylène, d'un composant tibial (embase), d'une charnière, d'une tige (quille) et d'un adaptateur offset.

La prise en charge système modulaire MUTARS pour la reconstruction d'un fémur distal est assurée dans la limite de 11 120,49 € TTC.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur proximal, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un trochanter (composant épiphyso-métaphyso-diaphysaire), d'une ou deux diaphyses, d'une diaphyse de connexion, d'une tige fémorale, d'une ou deux vis M10.

Dans le cas le plus simple, il est constitué d'un trochanter, d'une tige fémorale, et d'une vis M10.

La prise en charge du système modulaire MUTARS pour la reconstruction du fémur proximal est assurée dans la limite de 5 591,20€ TTC.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur total, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un trochanter (composant épiphyso-métaphyso-diaphysaire), d'une ou plusieurs diaphyses, d'un réducteur fémur total, d'une diaphyse de connexion, d'un composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire et d'une, de deux ou trois vis M10, d'un composant tibial (embase), d'une charnière, d'un insert PE, d'un plateau d'augmentation tibiale, d'un adaptateur offset et d'une tige (quille).

Dans le cas le plus simple, il est constitué d'un trochanter, d'un réducteur fémur total, d'une diaphyse, de deux vis M10, d'un composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire, d'une charnière, d'un insert PE, d'un composant tibial (embase), d'un adaptateur offset, d'une tige (quille).

La prise en charge du système modulaire MUTARS pour la reconstruction d'un fémur total est assurée dans la limite de 14 179,69 € TTC

Dans le cadre d'une reconstruction du tibia proximal, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire, d'un composant tibial proximal de connexion, d'un insert en polyéthylène, d'une ou 2 diaphyses, d'une tige tibiale, d'une vis M10, d'une charnière, d'un composant, d'une cale fémorale, d'un adaptateur offset, et d'une tige (quille).

Dans le cas le plus simple, le système est constitué composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire, d'un composant tibial proximal de connexion, d'une tige tibiale, d'une vis M10, d'une charnière, d'un insert en polyéthylène, d'un composant fémoral, d'un adaptateur offset, et d'une tige (quille). La prise en charge du système modulaire MUTARS pour la reconstruction d'un tibia proximal est assurée dans la limite de 11 123,61 € TTC.

4) RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3159994	Reconstruction tibia proximal, modulaire, tige tibiale, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57501512 Tige tibiale rev. HAP et bague HAP 12x120mm 57501513 Tige tibiale rev. HAP et bague HAP 13x120mm 57501514 Tige tibiale rev. HAP et bague HAP 14x120mm 57501515 Tige tibiale rev. HAP et bague HAP 15x120mm 57501516 Tige tibiale rev. HAP et bague HAP 16x120mm 57500511 Tige tibiale cimentée 11x120mm 57500513 Tige tibiale cimentée 13x120mm 57500515 Tige tibiale cimentée 15x120mm 57591211 Tige tibiale cimentée avec bague HAP 11x120mm 57591213 Tige tibiale cimentée avec bague HAP 13x120mm 57591215 Tige tibiale cimentée avec bague HAP 15x120mm	**844,00**	**844,00**	**15-01-2022**
3107164	Reconstruction fémorale et tibiale, modulaire, vis M10, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57921002 Vis M10 25mm 57921004 Vis M10 45mm 57921006 Vis M10 65mm 57921008 Vis M10 85mm 57921010 Vis M10 105mm 57921012 Vis M10 125mm 57921014 Vis M10 145mm 57921016 Vis M10 165mm 57921018 Vis M10 185mm 57921020 Vis M10 205mm 57921022 Vis M10 225mm 57921024 Vis M10 245mm	**422,00**	**422,00**	**15-01-2022**
3175740	Reconstruction fémorale et tibiale, charnière, IMPLANTCAST, MUTARS Genux MK Charnière pour reconstruction modulaire fémorale (total et distal) et tibiale de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 57201210 Charnière	**633,00**	**633,00**	**15-01-2022**
3103031	Reconstruction fémorale et tibiale, adaptateur IMPLANTCAST, MUTARS Genux MK Adaptateur offset pour reconstruction modulaire fémorale (total et distal) et tibiale. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57510000 Adaptateur offset 0mm 57510002 Adaptateur offset 2mm 57510004 Adaptateur offset 4mm 57510006 Adaptateur offset 6mm	**105,50**	**105,50**	**15-01-2022**
3199427	Reconstruction fémorale, plateau d'augmentation tibiale, IMPLANTCAST, MUTARS Plateau d'augmentation tibiale pour reconstruction modulaire fémorale. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57400252 Plateau d'augmentation tibiale 2/25mm 57400253 Plateau d'augmentation tibiale 3/25mm 57400254 Plateau d'augmentation tibiale 4/25mm 57400255 Plateau d'augmentation tibiale 5/25mm 57400352 Plateau d'augmentation tibiale 2/35mm 57400353 Plateau d'augmentation tibiale 3/35mm 57400354 Plateau d'augmentation tibiale 4/35mm	**474,75**	**474,75**	**15-01-2022**

	57400355 Plateau d'augmentation tibiale 5/35mm 57400452 Plateau d'augmentation tibiale 2/45mm 57400453 Plateau d'augmentation tibiale 3/45mm 57400454 Plateau d'augmentation tibiale 4/45mm 57400455 Plateau d'augmentation tibiale 5/45mm			
3129094	Reconstruction fémorale, modulaire, trochanter IMPLANTCAST, MUTARS Trochanter épiphyso-métaphyso-diaphysaire pour reconstruction fémorale (proximal) modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57100205 Trochanter, 50 mm 57100207 Trochanter, 70 mm Date de fin de prise en charge : 15 janvier 2022.	**1582,20**	**1582,20**	**15-01-2022**
3177667	Reconstruction fémorale et tibiale, composant fémoral, IMPLANTCAST, MUTARS MOM Composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire pour reconstruction fémorale et tibiale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57200040 Composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire Droit 110mm 57200042 Composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire Droit 90mm 57200045 Composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire Gauche 110mm 57200047 Composant fémoral épiphyso-métaphyso-diaphysaire Gauche 90mm	**3903,50**	**3903,50**	**15-01-2022**
3144047	Reconstruction fémorale et tibiale, modulaire, diaphyse, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57722504 Diaphyse 40mm 57722506 Diaphyse 60mm 57722508 Diaphyse 80mm 57722510 Diaphyse 100mm 57300100 Diaphyse de connexion 100mm incl. 2 vis Date de fin de prise en charge : 15 janvier 2022.	**844,00**	**844,00**	**15-01-2022**
3130720	Reconstruction fémorale, modulaire, tige fémorale, IMPLANTCAST, MUTARS Tige fémorale pour reconstruction fémorale (proximal et distal) modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57600011 Tige fémorale cimentée 11x120mm 57600013 Tige fémorale cimentée 13x120mm 57600015 Tige fémorale cimentée 15x120mm 57600017 Tige fémorale cimentée 17x120mm 57601116 Tige fémorale cimentée 11x160mm 57601316 Tige fémorale cimentée 13x160mm 57601516 Tige fémorale cimentée 15x160mm 57601716 Tige fémorale cimentée 17x160mm 57601120 Tige fémorale cimentée 11x200mm 57601320 Tige fémorale cimentée 13x200mm 57601520 Tige fémorale cimentée 15x200mm	**633,00**	**633,00**	**15-01-2022**

	57601720 Tige fémorale cimentée 17x200mm 57601124 Tige fémorale cimentée 11x240mm 57601324 Tige fémorale cimentée 13x240mm 57601524 Tige fémorale cimentée 15x240mm 57601724 Tige fémorale cimentée 17x240mm 57600111 Tige fémorale rev. HAP 11x120mm 57600012 Tige fémorale rev. HAP 12x120mm 57600113 Tige fémorale rev. HAP 13x120mm 57600014 Tige fémorale rev. HAP 14x120mm 57600115 Tige fémorale rev. HAP 15x120mm 57600016 Tige fémorale rev. HAP 16x120mm 57600117 Tige fémorale rev. HAP 17x120mm 57600018 Tige fémorale rev. HAP 18x120mm 57600019 Tige fémorale rev. HAP 19x120mm 57600020 Tige fémorale rev. HAP 20x120mm 57691211 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 11x120 57691213 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 13x120 57691215 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 15x120 57691217 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 17x120 57691611 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 11x160 57691613 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 13x160 57691615 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 15x160 57691617 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 17x160 57692011 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 11x200 57692013 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 13x200 57692015 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 15x200 57692017 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 17x200 57692411 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 11x240 57692413 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 13x240 57692415 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 15x240 57692417 Tige fémorale cimentée avec bague HAP 17x240			
3134178	Reconstruction fémorale, modulaire, réducteur fémur total, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57300220 Réducteur fémur total 20 mm 57300230 Réducteur fémur total 30 mm	**844,00**	**844,00**	**15-01-2022**
3111250	Reconstruction tibiale, modulaire, composant tibial, IMPLANTCAST, MUTARS Composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire incluant 2 vis et vis de verrouillage pour reconstruction tibiale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 57500005 Composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire MK incl. 2 vis et vis de vérrouillage	**2954,00**	**2954,00**	**15-01-2022**
3138779	Reconstruction tibiale, composant tibial de connexion, IMPLANTCAST, MUTARS Composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire de connexion pour reconstruction tibiale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57500105 Composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire de connexion 105mm 57500125 Composant tibial épiphyso-métaphyso-diaphysaire de connexion 125mm	**1899,00**	**1899,00**	**15-01-2022**
3185218	Reconstruction fémorale et tibiale, modulaire, vis, IMPLANTCAST, MUTARS Genux MK Vis de verrouillage charnière pour reconstruction fémorale et tibiale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 57201201 Vis de verrouillage charnière	**158,25**	**158,25**	**15-01-2022**

Société STANMORE IMPLANTS Worldwilde Limited (STANMORE)

1. INDICATIONS SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE
La prise en charge de la prothèse modulaire de reconstruction SYSTEME METS est assurée en cas de :
- tumeurs osseuses primitives localisées ;
- métastases osseuses entrainant une destruction massive du fémur ou du tibia proximal ;
- toutes situations exceptionnelles de destruction massive du fémur ou du tibia proximal d'autre origine.
2. CONTRE-INDICATIONS
Les contre-indications sont les suivantes :
- infection et sepsis ;
- 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, en cas de sensibilité aux matériaux, se référer aux tests en relation ;
- obésité ;
- troubles vasculaires, neuromusculaires ou dystrophie musculaire.
3. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
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.
Le système METS tibia proximal avec patch d'hydroxyapatite est réservé aux situations pour lesquelles la reconstruction de l'appareil extenseur du genou est possible (conservation de la tubérosité tibiale).
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.
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, d'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 10 365,38 € TTC s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite, et dans la limite de 9 574,13 € 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 6 805,19 € TTC s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite, et dans la limite de 4 098,68 € 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 total est assurée dans la limite de 11 916,67 € TTC s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite, et dans la limite de 9 948,65 € TTC s'il ne comprend pas d'éléments HAP.
Dans le cadre d'une reconstruction du tibia proximal, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'un composant fémoral, d'une plaque d'augmentation fémorale, d'un composant tibial charnière rotatoire revêtu HA, d'un composant rotatoire métal, d'une diaphyse tibiale rotatoire d'extension, d'une diaphyse charnière fixe, d'une bague hydroxyapatite, et d'une tige tibial intramédullaire.
Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'un composant fémoral, d'un composant tibial charnière fixe non revêtu d'hydroxyapatite et d'un composant tibial monobloc avec bague

hydroxyapatite intégré. La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction du tibia proximal est assurée dans la limite de 14 316,35€ TTC.

4. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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).	**1266,00**	**1266,00**	**31-03-2020**
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).	**2426,50**	**2426,50**	**31-03-2020**
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).	**665,09**	**665,09**	**31-03-2020**
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 (msscw1.1/0.6).	**89,68**	**89,68**	**31-03-2020**
3140368	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, vis plaque. Vis plaque trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Vis plaque trochantérique 23mm (s.msfscw/Short), Vis plaque trochantérique 28mm (s.msfscw/Medium), Vis plaque trochantérique 35mm (s.msfscw/Long).	**142,42**	**142,42**	**31-03-2020**
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).	**3059,50**	**3059,50**	**31-03-2020**
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).	**3270,50**	**3270,50**	**31-03-2020**
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.	**2426,50**	**2426,50**	**31-03-2020**

	Tibia charnière rotatoire polyéthylène Small (s.mkrhp/Sm), Tibia charnière rotatoire polyéthylène Standard (s.mkrhp/Std). Date de fin de prise en charge : 31 mars 2020.			
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).	**2110,00**	**2110,00**	**31-03-2020**
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 5mm, (s.mktp/Sm5), Plaque d'augmentation tibiale Small 10mm, (s.mktp/Sm10), Plaque d'augmentation tibiale Small 15mm, (s.mktp/Sm15), Plaque d'augmentation tibiale Small 20mm, (s.mktp/Sm20), Plaque d'augmentation tibiale Standard 5mm, (s.mktp/Std5), Plaque d'augmentation tibiale Standard 10mm, (s.mktp/Std10), Plaque d'augmentation tibiale Standard 15mm, (s.mktp/Std15), Plaque d'augmentation tibiale Standard 20mm, (s.mktp/Std20).	**448,38**	**448,38**	**31-03-2020**
3155950	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, diaphyse. Références prises en charge : Diaphyse 45mm (s.msfshft/45), Diaphyse 60mm (s.msfshft/60), Diaphyse 75mm (s.msfshft/75), Diaphyse 90mm (s.msfshft/90), Diaphyse 105mm (s.msfshft/105), Diaphyse 120mm (s.msfshft/120), Diaphyse 135mm (s.msfshft/135), Diaphyse 150mm (s.msfshft/150), Diaphyse d'extension 120mm (s.msfsext/120).	**844,00**	**844,00**	**31-03-2020**
3140836	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, tige fémorale. Références prises en charge : Tige fémorale courbe 150mm dia. 10> 8.5mm, (s.msstm/10x150), Tige fémorale courbe 150mm dia. 11> 9.5mm (s.msstm/11x150), Tige fémorale courbe 150mm dia. 12> 10.5mm, (s.msstm/12x150), Tige fémorale courbe 150mm dia. 13> 11.5mm, (s.msstm/13x150), Tige fémorale courbe 150mm dia. 14> 12.5mm, (s.msstm/14x150), Tige fémorale courbe 150mm dia. 15> 13.5mm, (s.msstm/15x150), Tige fémorale droite 100mm dia. 14> 13.2mm, (s.msstm/14x100), Tige fémorale droite 100mm dia. 15> 14.2mm, (s.msstm/15x100).	**633,00**	**633,00**	**31-03-2020**
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).	**1951,75**	**1951,75**	**31-03-2020**
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	**2110,00**	**2110,00**	**31-03-2020**

	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 (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 165mm (s.mstfl/165), Connecteur fémur total 225mm (s.mstfl/225)	**970,60**	**970,60**	**31-03-2020**
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.27mm non revêtue (s.mscol/R27S), Bague ronde dia.30mm non revêtue (s.mscol/R30S), Bague ronde dia.33mm non revêtue (s.mscol/R33S), Bague ronde dia.36mm non revêtue (s.mscol/R36S).	**422,00**	**422,00**	**31-03-2020**
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.27mm revêtue HAP (s.mscol/R27C), Bague ronde dia.30mm revêtue HAP (s.mscol/R30C), Bague ronde dia.33mm revêtue HAP (s.mscol/R33C), Bague ronde dia.36mm revêtue HAP (s.mscol/R36C).	**1160,50**	**1160,50**	**31-03-2020**
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* 30mm non revêtue (s.mscol/O27x30S), Bague ovale dia.30* 33mm non revêtue (s.mscol/O30x33S), Bague ovale dia.33* 36mm non revêtue (s.mscol/O33x36S), Bague ovale dia.36* 39mm non revêtue (s.mscol/O36x39S),	**474,75**	**474,75**	**31-03-2020**
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. Références prises en charge : bague ovale dia.27* 30mm revêtue HAP (s.mscol/O27x30C), Bague ovale dia.30* 33mm revêtue HAP (s.mscol/O30x33C), Bague ovale dia.33* 36mm revêtue HAP (s.mscol/O33x36C), Bague ovale dia.36* 39mm revêtue HAP (s.mscol/O36x39C).	**1266,00**	**1266,00**	**31-03-2020**
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).	**390,44**	**390,44**	**31-03-2020**
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 (SMBPR01), Tampon SMILES Standard (SMBPR02).	**258,48**	**258,48**	**31-03-2020**
3158078	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement paliers.	**279,58**	**279,58**	**31-03-2020**

	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).			
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).	**50,64**	**50,64**	**31-03-2020**
3108301	Reconstruction tibiale, modulaire, plaq. d'augmentation fémorale, STANMORE, METS Plaque d'augmentation fémorale pour reconstruction tibiale modulaire de la société STANMORE. Références prises en charge : plaque d'augmentation fémorale small. hauteur = 5mm (mkfp/Sm5), plaque d'augmentation fémorale. Small. Hauteur = 10mm (mkfp/Sm10), plaque d'augmentation fémorale. Small. Hauteur = 15 mm (mkfp/Sm15), plaque d'augmentation fémorale Small. Hauteur = 20mm (mkfp/Sm20), plaque d'augmentation. fémorale Hauteur = 5mm (mkfp/Std5), plaque d'augmentation fémorale. Standard. Hauteur = 10mm (mkfp/Std10), plaque d'augmentation fémorale Hauteur = 15mm (mkfp/Std15), plaque d'augmentation fémorale Standard. Hauteur = 20mm (mkfp/Std20).	**654,10**	**654,10**	**15-04-2022**
3187542	Reconstruction tibiale, modulaire, bague tibiale HAP, STANMORE, METS. Références prises en charge : bague tibiale revêtue HAP Diam 20mm (mptcol/20C), Bague tibiale revêtue HAP Diam 23mm (mptcol/23C), Bague tibiale revêtue HAP Diam 26mm (mptcol/26C), Bague tibiale revêtue HAP Diam 29mm (mptcol/29C), Bague tibiale revêtue HAP Diam 32mm (mptcol/32C).	**1477,00**	**1477,00**	**15-04-2022**
3159379	Reconstruction tibiale, modulaire, composant fémoral genou, STANMORE, METS. Composant fémoral genou (avec axe, circlip et paliers) pour reconstruction tibiale modulaire de la société STANMORE. Références prises en charge : composant fémoral genou (avec axe, circlip et paliers) Small Gauche (mptfc/LSm), Composant fémoral genou (avec axe, circlip et paliers) Small Droit (mptfc/RSm), Composant fémoral genou (avec axe, circlip et paliers) Standard Gauche (mptfc/LStd), Composant fémoral genou (avec axe, circlip et paliers) Standard Droit (mptfc/RStd).	**3059,50**	**3059,50**	**15-04-2022**
3192170	Reconstruction tibiale, modulaire, composant charnière rotatoire, STANMORE, METS Références prises en charge : composant charnière tibiale rotatoire (avec tampon en PE) Small (mktsc/Sm) Composant charnière tibiale rotatoire (avec tampon en PE) Standard (mktsc/Std).	**2268,25**	**2268,25**	**15-04-2022**
3100699	Reconstruction tibiale, modulaire, charnière fixe, STANMORE, METS. Références prises en charge : tibia proximal charnière fixe (avec tampon en PE) Small (mptfh/SmU), tibia proximal charnière fixe (avec tampon en PE) Standard (mptfh/StdU).	**2901,25**	**2901,25**	**15-04-2022**
3193548	Reconstruction tibiale, modulaire, charnière fixe HAP, STANMORE, METS. Références prises en charge : tibia proximal charnière fixe revêtu HAP (avec tampon en PE) Small (mptfh/SmC), Tibia proximal charnière fixe revêtu HAP (avec tampon en PE) Standard (mptfh/StdC).	**3798,00**	**3798,00**	**15-04-2022**
3196736	Reconstruction tibiale, modulaire, charnière rotatoire, STANMORE, METS. Références prises en charge : tibia proximal charnière rotatoire Small (mptrh/SmU), Tibia proximal charnière rotatoire Standard (mptrh/StdU).	**2795,75**	**2795,75**	**15-04-2022**
3146974	Reconstruction tibiale, modulaire, charnière rotatoire HAP, STANMORE, METS. Références prises en charge : tibia proximal charnière rotatoire revêtu HAP Small (mptrh/SmC) Tibia proximal charnière rotatoire revêtu HAP Standard (mptrh/StdC).	**3692,50**	**3692,50**	**15-04-2022**

3117777	Reconstruction tibiale, modulaire, diaphyse ext. charnière fixe, STANMORE, METS. Diaphyse tibiale d'extension charnière fixe pour reconstruction modulaire tibiale de la société STANMORE. Référence prise en charge : diaphyse tibiale d'extension charnière fixe 75mm (mptfhext/75).	**1160,50**	**1160,50**	**15-04-2022**
3104177	Reconstruction tibiale, modulaire, diaphyse charnière fixe, STANMORE, METS. Références prises en charge : diaphyse tibiale charnière fixe 45mm (mptfhshft/45), diaphyse tibiale charnière fixe 60mm (mptfhshft/60), diaphyse tibiale charnière fixe 75mm (mptfhshft/75), diaphyse tibiale charnière fixe 90mm (mptfhshft/90), diaphyse tibiale charnière fixe 105mm (mptfhshft/105).	**1160,50**	**1160,50**	**15-04-2022**
3112254	Reconstruction tibiale, modulaire, diaph. ext. charnière rotatoire STANMORE METS Diaphyse tibiale d'extension charnière rotatoire pour reconstruction modulaire tibiale de la société STANMORE. Référence prise en charge : diaphyse tibiale d'extension charnière rotatoire 85mm (mptrhext/85)	**1160,50**	**1160,50**	**15-04-2022**
3150852	Reconstruction tibiale, modulaire, diaphyse charnière rotatoire, STANMORE, METS. Références prises en charge : diaphyse tibiale charnière rotatoire 85mm (mptrhshft/85), diaphyse tibiale charnière rotatoire 100mm (mptrhshft/100), diaphyse tibiale charnière rotatoire 115mm (mptrhshft/115)	**1160,50**	**1160,50**	**15-04-2022**
3152472	Reconstruction tibiale, modulaire, tige tibiale, STANMORE, METS. Références prises en charge : Tige tibiale longueur 120mm Diam 13>12 (mptstm/13), Tige tibiale longueur 120mm Diam 12>11 (mptstm/12), Tige tibiale longueur 120mm Diam 11>10 (mptstm/11) Tige tibiale longueur 120mm Diam 10>9 (mptstm/10), Tige tibiale longueur 120mm Diam 9>18 (mptstm/9)	**844,00**	**844,00**	**15-04-2022**
3136390	Reconstruction tibiale, modulaire, composant intégral fixe HAP, STANMORE, METS. Composant intégral revêtu en HAP pour charnière fixe de la société STANMORE. Référence prise en charge : Composant intégral rev. HAP pour charn. fixe L : 15mm (mptfhiss/15C)	**2426,50**	**2426,50**	**15-04-2022**
3161494	Reconstruction tibiale, modulaire, composant intégral fixe, STANMORE, METS. Composant intégral pour charnière fixe pour reconstruction tibiale modulaire de la société STANMORE. Référence prise en charge : composant intégral pour charnière fixe L : 30mm (mptfhiss/30N)	**1582,50**	**1582,50**	**15-04-2022**
3135290	Reconstruction tibiale, modulaire, comp. intégral rotatoire HAP, STANMORE, METS. Composant intégral revêtu en HAP pour charnière rotatoire de la société STANMORE. Référence prise en charge : composant intégral rev. HAP pour charn. rot. L : 55mm (s.mptrhiss/55C)	**2426,50**	**2426,50**	**15-04-2022**
3165606	Reconstruction tibiale, modulaire, comp. intégral rotatoire, STANMORE, METS. Composant intégral pour charnière rotatoire de la société STANMORE. Référence prise en charge : composant intégral pour charnière rotatoire L : 70mm (s.mptrhiss/70N)	**1582,50**	**1582,50**	**15-04-2022**

B– Systèmes modulaires de reconstruction de l’épaule

Société IMPLANTCAST GmbH (IMPLANTCAST)

1) INDICATIONS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge de la prothèse modulaire de reconstruction massive de l’épaule MUTARS est assurée en cas de :

- Reconstruction de l’articulation de l’épaule après résection de tumeurs osseuses localisées de l’humérus proximal, nécessitant la résection de l’humérus proximal ou de la totalité de l’humérus, et dans toutes situations exceptionnelles de destruction massive de l’humérus proximal ou de l’humérus total d’origine non carcinologique.

2) CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications sont les suivantes :

- allergie connue à un ou plusieurs matériaux constitutifs du dispositif
- troubles circulatoires résultant d’une intervention précédente ou insuffisance de la vascularisation locorégionale (artériopathie)
- infections aiguës ou chroniques
- états psychiatriques ou neurologiques diminuant la capacité du patient ou sa volonté à respecter une restriction post opératoire
- situations dans lesquelles les implants seraient soumis à des contraintes excessives : obésité majeure, insuffisances musculaires, pathologies articulaires multiples, arthropathies neurogènes, graves pathologies des muscles ou des nerfs du membre concerné sources de non utilisation de l’implant ou de complications précoces
- malformations sévères ou déviations axiales rendant impossible l’implantation

- résection non marginale de la tumeur
- troubles métaboliques graves risquant de compromettre la cicatrisation ou faciliter l'infection
- capital osseux insuffisant pour une bonne fixation de l'implant
- couverture cutanée de mauvaise qualité au niveau de l'articulation de la hanche ou du genou (risque de nécrose ou d'exposition des implants)

3) MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

La pose de l'indication ainsi que le choix des séquences pré-, per et post- opératoires doivent relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. La prise en charge des patients doit avoir lieu dans un centre spécialisé dans le traitement des tumeurs osseuses.

Dans le cadre d'une reconstruction de l'humérus proximal type hémi-arthroplastie, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'une tête humérale, d'un composant (implant) huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'une diaphyse humérale de connexion, de diaphyses humérales et d'une tige humérale.

Dans le cas le plus simple, le système est constitué d'une tête humérale, d'un composant (implant) huméral métaphyso-diaphysaire, d'une vis M8, et d'une tige humérale.

La prise en charge système modulaire MUTARS pour la reconstruction l'humérus proximal type hémi-arthroplastie est assurée dans la limite de 7 934,60 € TTC.

Dans le cadre d'une reconstruction de l'humérus proximal type inversé, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un insert huméral, d'une glénosphère, d'une embase glénoïdienne, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'une diaphyse de connexion, de diaphyses humérales, d'une tige humérale et de vis angle stable.

Dans le cas le plus simple, le système est constitué d'un insert huméral, d'une glénosphère, d'une embase glénoïdienne, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'une tige humérale et de vis angle stable.

La prise en charge système modulaire MUTARS pour la reconstruction l'humérus proximal type inversé est assurée dans la limite de 9 162,04 € TTC.

Dans le cadre d'une reconstruction de l'humérus total type hémi-arthroplastie, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'une tête humérale, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'un réducteur huméral, d'une diaphyse de connexion, de diaphyses, d'un composant humérus distal, d'un tampon ulnaire, et d'une tige ulnaire.

Dans le cas le plus simple, le système est constitué d'une tête humérale, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'un réducteur huméral, d'une diaphyse de connexion, de d'un composant humérus distal, d'un tampon ulnaire, et d'une tige ulnaire.

La prise en charge système modulaire MUTARS pour la reconstruction l'humérus total type hémi-arthroplastie est assurée dans la limite de 11 500,50 € TTC.

Dans le cadre d'une reconstruction de l'humérus total type inversé, le système modulaire MUTARS peut être constitué d'un insert huméral, d'une glénosphère, d'une embase glénoïdienne, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'un réducteur huméral, d'une diaphyse de connexion, de diaphyses, d'un composant humérus distal, d'un tampon ulnaire, d'une tige ulnaire, de vis angle stable.

Dans le cas le plus simple, le système est constitué d'un insert huméral, d'une glénosphère, d'une embase glénoïdienne, d'un composant huméral métaphyso-diaphysaire, de vis M8, d'un réducteur huméral, d'une diaphyse de connexion, d'un composant humérus distal, d'un tampon ulnaire, d'une tige ulnaire, de vis angle stable.

La prise en charge système modulaire MUTARS pour la reconstruction l'humérus total type inversé est assurée dans la limite de 12 516,94 € TTC.

4) RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3154650	Reconstruction humérale, modulaire, composant huméral, IMPLANTCAST, MUTARS Composant huméral métaphyso-diaphysaire incluant contre-vis pour reconstruction humérale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 52000000 Composant huméral métaphyso-diaphysaire MUTARS 50 mm incl. Contre-vis	**2637,50**	**2637,50**	**15-01-2022**
3111467	Reconstruction humérale, modulaire, insert huméral, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52101000 Insert huméral MUTARS 0mm 52101005 Insert huméral MUTARS 5mm 52101010 Insert huméral MUTARS 10mm	**496,85**	**496,85**	**15-01-2022**
3132481	Reconstruction humérale, modulaire, embase glénoïdienne, IMPLANTCAST, MUTARS	**496,85**	**496,85**	**15-01-2022**

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 38004001 Embase glénoïdienne sans ciment			
3127480	Reconstruction humérale, modulaire, glénosphère, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 52101002 Glénosphère MUTARS	**298,04**	**298,04**	**15-01-2022**
3143059	Reconstruction humérale, modulaire, diaphyse humérale, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52200020 Diaphyse humérale MUTARS 20mm 52200040 Diaphyse humérale MUTARS 40mm 52200060 Diaphyse humérale MUTARS 60mm	**844,00**	**844,00**	**15-01-2022**
3144969	Reconstruction humérale, modulaire, vis humérale M8, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52300015 Vis humérale M8 MUTARS 15mm 52300035 Vis humérale M8 MUTARS 35mm 52300055 Vis humérale M8 MUTARS 55mm 52300075 Vis humérale M8 MUTARS 75mm	**316,50**	**316,50**	**15-01-2022**
3175326	Reconstruction humérale, modulaire, diaphyse de connection, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 52210080 Diaphyse de connection MUTARS 80mm	**1055,00**	**1055,00**	**15-01-2022**
3188205	Reconstruction humérale, modulaire, réducteur humérus total, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52210000 Réducteur humérus total MUTARS 10mm 52210100 Réducteur humérus total MUTARS 100mm	**844,00**	**844,00**	**15-01-2022**
3105863	Reconstruction humérale, tige humérale sans ciment HAP, IMPLANTCAST, MUTARS Tige humérale sans ciment revêtue HAP pour reconstruction humérale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52400807 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 7mm 52400808 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 8mm 52400809 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 9mm 52400810 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 10mm 52400811 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 11mm 52400812 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 12mm 52400813 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 13mm 52400814 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 14mm 52400815 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 15mm 52400816 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 16mm 52400817 Tige humérale MUTARS sans ciment revêtue HAP 17mm	**791,25**	**791,25**	**15-01-2022**
3198959	Reconstruction humérale, modulaire, tige humérale à cimenter IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52400408 Tige humérale MUTARS à cimenter 8mm 52400409 Tige humérale MUTARS à cimenter 9mm 52400410 Tige humérale MUTARS à cimenter 10mm 52400411 Tige humérale MUTARS à cimenter 11mm 52400412 Tige humérale MUTARS à cimenter 12mm	**791,25**	**791,25**	**15-01-2022**
3120845	Reconstruction humérale, tige humérale bague HAP et TiN, IMPLANTCAST, MUTARS Tige humérale bague HAP et TiN à cimenter pour reconstruction humérale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52490408 Tige humérale MUTARS bague HAP et TiN à cimenter 8mm 52490409 Tige humérale MUTARS bague HAP et TiN à cimenter 9mm	**791,25**	**791,25**	**15-01-2022**

	52490410 Tige humérale MUTARS bague HAP et TiN à cimenter 10mm 52490411 Tige humérale MUTARS bague HAP et TiN à cimenter 11mm 52490412 Tige humérale MUTARS bague HAP et TiN à cimenter 12mm			
3122850	Reconstruction humérale, modulaire, composant humérus distal IMPLANTCAST, MUTARS Composant humérus distal incluant axe, contre-vis et vis de blocage pour reconstruction humérale modulaire de la société IMPLANTCAST. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 52500000 Composant humérus distal MUTARS incl. Axe, contre-vis et vis de blocage	**2100,00**	**2100,00**	**15-01-2022**
3181195	Reconstruction humérale modulaire, tige ulnaire sans ciment IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52501015 Tige ulnaire MUTARS sans ciment rev. Ti+HAP Gauche 52501020 Tige ulnaire MUTARS sans ciment rev. Ti+HAP Droite	**717,40**	**717,40**	**15-01-2022**
3123306	Reconstruction humérale, modulaire, tige ulnaire à cimenter, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 52505070 Tige ulnaire MUTARS à cimenter Gauche 70mm 52500070 Tige ulnaire MUTARS à cimenter Droite 70mm 52505100 Tige ulnaire MUTARS à cimenter Gauche 100mm 52500100 Tige ulnaire MUTARS à cimenter Droite 100mm	**717,40**	**717,40**	**15-01-2022**
3124501	Reconstruction humérale, modulaire, tampon ulnaire, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 52501100 Tampon ulnaire MUTARS Date de fin de prise en charge : 15 janvier 2022	**158,25**	**158,25**	**15-01-2022**
3130766	Reconstruction humérale, modulaire, tube réinsertion, IMPLANTCAST, MUTARS RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE	**263,75**	**263,75**	**15-01-2022**

C. - Systèmes modulaires de reconstruction massive du bassin

Société IMPLANTCAST GmbH (IMPLANTCAST)

1) INDICATION SPÉCIFIQUE DE PRISE EN CHARGE
Perte de substance osseuse massive d'origine tumorale ou non de la région périacétabulaire
2) CONTRE-INDICATIONS
- allergie connue à un ou plusieurs matériaux constitutifs du dispositif (contre-indication absolue)
- troubles circulatoires résultant d'une intervention précédente ou insuffisance de la vascularisation locorégionale (artériopathie)
- infections aiguës ou chroniques
- états psychiatriques ou neurologiques diminuant la capacité du patient ou sa volonté à respecter une restriction post opératoire
- situations dans lesquelles les implants seraient soumis à des contraintes excessives : obésité majeure, insuffisances musculaires, pathologies articulaires multiples, arthropathies neurogènes, graves pathologies des muscles ou des nerfs du membre concerné sources de non-utilisation de l'implant ou de complications précoces
- malformations sévères ou déviations axiales rendant impossible l'implantation
- résection non marginale de la tumeur
- troubles métaboliques graves risquant de compromettre la cicatrisation ou faciliter l'infection
- capital osseux insuffisant pour une bonne fixation de l'implant

- couverture cutanée de mauvaise qualité au niveau de l'articulation de la hanche (risque de nécrose ou d'exposition des implants)

3) MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

La pose de l'indication, ainsi que le choix des séquences pré-, per- et postopératoires, doivent relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire lors d'une réunion de concertation. La prise en charge des patients doit avoir lieu dans un centre spécialisé dans le traitement des tumeurs osseuses.

4) DESCRIPTION

Le système modulaire de reconstruction massive du bassin MUTARS LUMIC est une prothèse modulaire de reconstruction massive de la région périacétabulaire de l'os coxal. Les éléments du système modulaire de reconstruction massive du bassin MUTARS LUMIC permettent d'élaborer deux systèmes :

- système modulaire de reconstruction massive du bassin à simple mobilité,
- système modulaire de reconstruction massive du bassin à double mobilité

La prothèse de reconstruction de l'os coxal est composée d'une tige conique, d'un cotyle et d'un ou deux inserts. L'extrémité de plus petit diamètre de la tige conique permet l'ancrage dans l'aile iliaque du patient. Le cotyle est vissé sur la tige, au niveau de son extrémité de plus grand diamètre. Pour une construction à simple mobilité, l'insert IMPLACROSS en polyéthylène est impacté (système de clipsage) dans le cotyle, et pour une construction à double mobilité, l'insert en métal ACCIS est impacté (verrouillage par cône morse) dans le cotyle et l'insert en polyéthylène ECOFIT 2M s'articule dans l'insert ACCIS.

Le système modulaire de reconstruction du bassin MUTARS LUMIC à simple mobilité est constitué des éléments suivants :

- une tige MUTARS LUMIC
- une vis MUTARS LUMIC
- un cotyle MUTARS LUMIC
- un insert à débord IMPLACROSS

Le système modulaire de reconstruction du bassin MUTARS LUMIC à double mobilité est constitué des éléments suivants :

- une tige MUTARS LUMIC
- une vis MUTARS LUMIC
- un cotyle MUTARS LUMIC
- un insert ACCIS
- un insert ECOFIT 2M

5) RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3110887	Reconstruction massive bassin, modulaire, tige, IMPLANTCAST, MUTARS LUMIC Tige cimentée en CrCoMo ou non cimentée en titane recouvert d'hydroxyapatite RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57111065 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 10x65mm, Titane + Hydroxyapatite 57111075 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 10x75mm, Titane + Hydroxyapatite 57111085 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 10x85mm, Titane + Hydroxyapatite 57111865 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 8x65mm, Titane + Hydroxyapatite 57111875 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 8x75mm, Titane + Hydroxyapatite 57111885 Tige rev. HAP MUTARS LUMiC 8x85mm, Titane + Hydroxyapatite 57112865 Tige cimentée MUTARS LUMiC 8x65mm, Chrome-Cobalt 57112875 Tige cimentée MUTARS LUMiC 8x75mm, Chrome-Cobalt 57112885 Tige cimentée MUTARS LUMiC 8x85mm, Chrome-Cobalt	**1793,50**	**1793,50**	**15-06-2023**
3122614	Reconstruction massive bassin, modulaire, cotyle, IMPLANTCAST, MUTARS LUMIC Cotyle MUTARS (en alliage TiAl6V4 ou en alliage de TiAl6V4 recouvert d'hydroxyapatite) RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 57110050 Cotyle MUTARS LUMiC 50mm incl. contre-vis, Titane, Diamètre 50mm 57110054 Cotyle MUTARS LUMiC 54mm incl. contre-vis, Titane, Diamètre 54mm 57110160 Cotyle MUTARS LUMiC 60mm incl. contre-vis, Titane, Diamètre 60mm 57110250 Cotyle rev. HAP MUTARS LUMiC 50mm incl. contre-vis, Titane + Hydroxyapatite, Diamètre 50mm 57110254 Cotyle rev. HAP MUTARS LUMiC 54mm incl. contre-vis, Titane + Hydroxyapatite Diamètre 54mm 57110260 Cotyle rev. HAP MUTARS LUMiC 60mm incl. contre-vis, Titane + Hydroxyapatite	**3165,00**	**3165,00**	**15-06-2023**

	Diamètre 60mm			
3109157	Reconstruction massive bassin, modulaire, vis, IMPLANTCAST, MUTARS LUMIC Vis MUTARS LUMIC en alliage TiAl6V4 RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 57111002 Vis MUTARS LUMiC M6x28mm, Titane, L = 28mm	**126,60**	**126,60**	**15-06-2023**
3197434	Reconstruction massive bassin, modulaire, insert, IMPLANTCAST, ACCIS Insert ACCIS (en CrCoMo et nitrure de titane - pour double mobilité) RÉFÉRENCES PRISE EN CHARGE 02224244 Insert ACCIS 15° diam.42/44mm, Chrome-Cobalt + Nitrure de titane 02224648 Insert ACCIS 15° diam.46/48mm, Chrome-Cobalt + Nitrure de titane 02225052 Insert ACCIS 15° diam.50/52mm, Chrome-Cobalt + Nitrure de titane	**527,50**	**527,50**	**15-06-2023**

Les inserts IMPLACROSS et ECOFIT 2M sont pris en charge sous la description générique « 3161130 : hanche, insert en polymère massif ».

Section 4. – Implants otorhinolaryngologiques

Implants trachéaux

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3134511 301F02.1	Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, non amovible	**205,81**	**205,81**	**31/07/2022**
3146282 301F02.2	Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, amovible.	**91,47**	**91,47**	**31/07/2022**
3150332 301F02.3	Implant ORL, tuteur pour sténose trachéale.	**214,95**	**214,95**	**31/07/2022**

Section 5. – Prothèses auditives ostéo-intégrées

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 neurosensorielles 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).

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**428,33**	**428,33**	**30-04-2023**
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.	**917,85**	**917,85**	**30-04-2023**
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, 93338 : implant avec pilier 14 mm.	**917,85**	**917,85**	**30-04-2023**
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.	**489,52**	**489,52**	**30-04-2023**
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.	**489,52**	**489,52**	**30-04-2023**
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.	**489,52**	**489,52**	**30-04-2023**

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, 93337 : pilier 14 mm.	**489,52**	**489,52**	**30-04-2023**
3135284	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA ATTRACT, aimant interne BIM400. Un aimant interne BIM400 pour implant BI300 pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA. DESCRIPTION Le système BAHA ATTRACT est composé d'un implant BI300 sans pilier, un aimant interne, un aimant externe pour processeur, un coussinet et un processeur. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 93550	**527,50**	**527,50**	**30-04-2023**

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 ;	**917,85**	**917,85**	**15-10-2022**

	- 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.			
3115703	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm. Référence : - M51142 : implant large, 3 mm ; - M51139 : implant large, 4 mm.	**428,33**	**428,33**	**15-10-2022**
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,	**489,52**	**489,52**	**15-10-2022**
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.	**489,52**	**489,52**	**15-10-2022**
3116944	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 12 mm. Références : - M51149.	**489,52**	**489,52**	**15-10-2022**
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°.	**489,52**	**489,52**	**15-10-2022**
3101291	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO BHX, implant large 3 mm. REFERENCE PRISE EN CHARGE : M52172 : implant PONTO BHX, 3 mm	**917,85**	**917,85**	**15-10-2022**
3172724	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO BHX, implant large 4 mm. REFERENCE PRISE EN CHARGE : M52173 : implant PONTO BHX, 4 mm.	**917,85**	**917,85**	**15-10-2022**
3174858	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO BHX, implant large 3 mm avec pilier. REFERENCES PRISES EN CHARGE : M52166 : implant PONTO BHX, 3 mm, avec pilier 6 mm pré-monté. M52167 : implant PONTO BHX, 3 mm, avec pilier 9 mm pré-monté.	**917,85**	**917,85**	**15-10-2022**
3182059	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO BHX, implant large 4 mm avec pilier. REFERENCES PRISES EN CHARGE : M52168 : implant PONTO BHX, 4 mm, avec pilier 6 mm pré-monté. M52169 : implant PONTO BHX, 4 mm, avec pilier 9 mm pré-monté. M52170 : implant PONTO BHX, 4 mm, avec pilier 12 mm pré-monté. M52171 : implant PONTO BHX, 4 mm, avec pilier 14 mm pré-monté.	**917,85**	**917,85**	**15-10-2022**
3140411	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 14 mm. REFERENCE PRISE EN CHARGE : M52063 : pilier 14 mm.	**489,52**	**489,52**	**15-10-2022**

Section 6. – Implants urogénitaux

Implant sphinctérien péri-urétral

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

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	SOCIÉTÉS	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3121402	Urogénital, implant sphinctérien, périurétral, BOSTON, 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.	BOSTON	**5211,70**	**5211,70**	**01-07-2025**
3153276	Urogénital, AMS, kit de connexion, AMS 800. La prise en charge de ce code n'est assurée qu'en cas de reprise.	BOSTON	**216,13**	**216,13**	**01-07-2025**
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.	BOSTON	**985,72**	**985,72**	**01-07-2025**
3123387	Urogénital, AMS, pompe de contrôle, AMS 800. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	BOSTON	**3209,67**	**3209,67**	**01-07-2025**
3128723	Urogénital, AMS, manchette occlusive, AMS 800. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :	BOSTON	**800,19**	**800,19**	**01-07-2025**

	- 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.				

Implants pour le traitement du reflux vésico-rénal

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3116476	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume < 2 cm^3, 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 cm^3.	**415,65**	**415,65**	**01-10-2023**
3148826	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume ≥ 2 cm^3, réf. NP 2500. Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 2500 (seringue de 2,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume ≥ à 2 cm^3.	**656,06**	**656,06**	**01-10-2023**

Société KEBOMED France

INDICATIONS :
La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant, avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie.
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3138390	Implant urétéral de copolymère, KEBOMED, DEFLUX, seringue de 1 ml.	**341,82**	**341,82**	**15-07-2023**

Implants péniens

Génériques

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	la prise en charge n'est assurée que pour pallier un état pathologique avéré et après insuccès de tout autre traitement.			
3174580 301H05.1	Urogénital, implant pénien expansible par un mécanisme hydraulique.	**2915,59**	**2915,59**	**31/07/2022**
3153299 301H05.2	Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne rigidifiable.	**483,26**	**483,26**	**31/07/2022**
3163599 301H05.3	Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne en silicone.	**1182,70**	**1182,70**	**31-07-2022**

Prothèse sphinctérienne ajustable périurétrale

Société UROMEDICA

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	PROACT, kits de pose et de reprise DESCRIPTION Le dispositif implantable PROACT est une prothèse sphinctérienne ajustable, pré-montée sur un fil guide de poussée et constituée de : - un ballonnet en silicone implantable ajustable, - un tube à double lumière (12 ou 14 cm) reliant le ballonnet au port d'injection, - un port d'injection sous-cutanée. Une lumière permet d'ajuster le volume du ballonnet par injection de sérum physiologique (isotonique au milieu intérieur) et une seconde lumière loge le fil guide de poussée amovible pendant l'implantation. INDICATION PRISE EN CHARGE Incontinence urinaire d'effort après chirurgie prostatique (chirurgie de l'hyperplasie bégnine de la prostate par résection transurétrale ou adénomectomie voie haute ou chirurgie du cancer de la prostate par prostatectomie), en échec de la rééducation sphinctérienne, mal supportée par le patient plus de 12 mois après l'intervention, chez les patients n'ayant pas subi de radiothérapie. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Une formation spécifique de l'implanteur à la technique est nécessaire. L'implantation de PROACT est réservée à un urologue : - justifiant d'un apprentissage de la technique par ses pairs, - expérimenté dans la prise en charge des troubles mictionnels			
3106130	Urogénital, prothèse sphinctérienne, UROMEDICA, PROACT, kit pose Kit 2 ballonnets PROACT pour homme de la société UROMEDICA pour la primo-pose. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 800018 01 ; 800018 02	**2204,95**	**2204,95**	**01-01-2025**
3190248	Urogénital, prothèse sphinctérienne, UROMEDICA, PROACT, kit reprise	**1102,48**	**1102,48**	**01-01-2025**

	Kit avec ballonnet unitaire PROACT pour homme de la société UROMEDICA pour la révision. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 800022 01 ; 800022 02			

Section 7. – Implants de plastie endocanalaire dits “stent”

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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)			
3173445	Implant plastie endocanalaire, trachéal ou bronchique, expansible, non métallique. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible par ses propriétés élastiques, et déployable lors de la pose. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections trachéo-bronchiques.	**347,58**	**347,58**	**31-07-2019**
3120957	Implant plastie endocanalaire, trachéal ou bronchique, métallique nu. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique nu. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections trachéo-bronchiques.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
3101428	Implant plastie endocanalaire, trachéal ou bronchique, métallique partiellement couvert. Implant pour plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique partiellement couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections trachéo-bronchiques.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
3143237	Implant plastie endocanalaire, trachéal ou bronchique, métallique couvert. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections trachéo-bronchiques.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
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.	**104,28**	**104,28**	**31-07-2019**
3146572	Implant plastie endocanalaire, digestive, métallique nu. 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.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
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.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
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.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
3158629	Implant plastie endocanalaire, urinaires, non expansible, non déployable. Implant de plastie endocanalaire (stent) non expansible, non élastique, non déployable. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections urinaires.	**104,28**	**104,28**	**31-07-2019**

3187068	Implant plastie endocanalaire, urinaires, métallique nu. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique nu. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections urinaires.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
3135947	Implant plastie endocanalaire, urinaires, métallique partiellement couvert. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique partiellement couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections urinaires.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**
3114253	Implant plastie endocanalaire, urinaires, métallique couvert. Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections urinaires.	**878,11**	**878,11**	**31-07-2019**

Implants de suture et de ligature internes, mécaniques, résorbables ou non, pour la chirurgie conventionnelle ou l'endochirurgie

Le tarif comprend les agrafes ou les clips, le chargeur et le système de pose, le premier chargeur étant inclus

Agrafage pour fixation d'implants (à l'exception des aponévroses)

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Agrafage pour suture et anastomose linéaires

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Agrafage pour suture circulaire

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Ligature interne ou clips des vaisseaux ou des conduits excréteurs

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Section 8. – Implants mammaires

Indications de prise en charge
Les implants mammaires sont indiqués dans les reconstructions ou augmentations mammaires pris en charge selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), prévue à l'article L 162-1-7 du code de la Sécurité Sociale.

Spécifications techniques communes aux implants mammaires
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.
Conditions d'utilisation communes aux implants mammaires
La prise en charge est assurée dans les mêmes conditions que celles précisées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM).
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société ALLERGAN

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3164009	Implant mammaire, rond, gel, lisse, ALLERGAN, NATRELLE INSPIRA. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone (cohésivité souple ou cohésivité intermédiaire), constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gamme Natrelle Inspira Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif souple, enveloppe lisse, barrière INTRASHIEL : N-SRL### ; N-SRLP### ; N-SRM### ; N-SRF### ; N-SRX###. Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif intermédiaire, enveloppe lisse, barrière INTRASHIEL : N-SSL### ; N-SSLP### ; N-SSM### ; N-SSF### ; N-SSX### GABARIT INSPIRA N-SZRL### ; N-SZRF### ; N-SZRLP### ; N-SZRX### ; N-SZRM###.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3196498	Implant mammaire, rond, gel, texturé, ALLERGAN, NATRELLE INSPIRA. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone (cohésivité souple ou cohésivité intermédiaire), constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface macrotexturée. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gamme Natrelle Inspira Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif souple, macrotexture Biocell, barrière INTRASHIEL : N-TRL### ; N-TRM### ; N-TRLP### ; N-TRF### ; N-TRX### Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif intermédiaire, macrotexture Biocell, barrière INTRASHIEL : N-TSL### ; N-TSM### ; N-TSLP### ; N-TSF### ; N-TSX### GABARIT INSPIRA N-SZRL### ; N-SZRF### ; N-SZRLP### ; N-SZRX### ; N-SZRM###.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3198787	Implant mammaire, rond, gel, texturé, ALLERGAN, BRST. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone (cohésivité souple ou haute cohésivité), constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface microtexturée. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gamme BRST Implant pré-rempli de gel de silicone hautement cohésif, microtexture Microcell, barrière anti-perspiration DRIE : CLP-### ; CMP-### ; CHP-### ; CXP-### Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif souple, microtexture Microcell, barrière anti-perspiration	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	DRIE : RLP-### ; RMP-### ; RHP-### GABARIT INSPIRA N-SZRL### ; N-SZRF### ; N-SZRLP### ; N-SZRX### ; N-SZRM###.			
3172196	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, ALLERGAN, Natrelle 410. Il s'agit d'un implant de forme anatomique, pré-rempli de gel de silicone (cohésivité intermédiaire ou haute cohésivité), constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface de surface macrotexturée. Un gabarit rempli de gel de silicone avec enveloppe en élastomère de silicone lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Implant pré-rempli de gel de silicone hautement cohésif, macrotexture Biocell, barrière INTRASHIEL : N-27-FL###-###, N-27-ML###-###, N-27-LL###-###, N-27-FM###-###, N-27-FF###-###, N-27-MM###-###, N-27-MF###-###, N-27-LM###-###, N-27-LF###-###, N-27-FX###-###, N-27-MX###-###, N-27-LX###-###. Implant pré-rempli de gel de silicone cohésif intermédiaire, macrotexture Biocell, barrière INTRASHIEL : N-ST-FL###-###, N-ST-ML###-###, N-ST-LL###-###, N-ST-FM###-###, N-ST-FF###-###, N-ST-MM###-###, N-ST-MF###-###, N-ST-LM###-###, N-ST-LF###-### GABARITS 410 N-SZFM###, N-SZFF###, N-SZMM###, N-SZMF###, N-SZLF###, N-SZFX###, N-SZMX###, N-SZLL###, N-SZFL###, SZLM###, SZML###, SZLX###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

Société Laboratoires ARION

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3197300	Implant mammaire, rond, gel, lisse, ARION, MONOBLOC. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface texturée ou micro texturée. Un gabarit micro texturé et gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISE EN CHARGE IMPLANT GS-HP###L, GS-LP###L GS-XP###L, GS-XXP###L GABARITGABARIT GONFLABLE : Gabarit de forme ronde constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone micro texturée vide à remplir de sérum physiologique stérile au volume souhaité par le chirurgien et d'un système de remplissage central ou latéral composé d'une tubulure et d'un embout luer lock. SG-HP-###TC ou TL, SG-LP-###TC ou TL, SG-XP-###TC ou TL	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3176260	Implant mammaire, rond, gel, lisse, ARION, MONOBLOC. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse. Un gabarit micro texturé et gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISE EN CHARGE	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	IMPLANT GS-HP###L, GS-LP###L GS-XP###L, GS-XXP###L GABARITGABARIT GONFLABLE : Gabarit de forme ronde constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone micro texturée vide à remplir de sérum physiologique stérile au volume souhaité par le chirurgien et d'un système de remplissage central ou latéral composé d'une tubulure et d'un embout luer lock. SG-HP-###TC ou TL, SG-LP-###TC ou TL, SG-XP-###TC ou TL			
3177532	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, ARION, MONOBLOC. Il s'agit d'un implant de forme anatomique constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface micro texturée ou texturée et pré-rempli de gel de silicone cohésif pour les gammes anatomique « AN » et d'un gel double cohésivité pour les gammes et anatomique haut profil « AX » anatomiques extra haut profil « A2X - A2XS et A2XH ». Un gabarit micro texturé et gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT GS - AN###T, GS - AN###MT GS - AX ###MT, GS - AX ###T, GS - A2XH ###MT, GS - A2XH ###T, GS - A2X ###MT, GS - A2X ###T, GS - A2XS ###MT, GS - A2XS ###T, GABARIT GABARIT GONFLABLE : Gabarit de forme ronde constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone micro texturée vide à remplir de sérum physiologique stérile au volume souhaité par le chirurgien et d'un système de remplissage central ou latéral composé d'une tubulure et d'un embout luer lock. Gabarit Anatomique : SG- - AN ### TC ou TL Gabarit Anatomique Haut Profil : SG - AX ### TC ou TL Gabarit Anatomique Extra Haut Profil « A2XS » : SG- A2XS - ### TC ou TL Gabarit Anatomique Extra Haut Profil « A2XH » : SG- A2XH - ### TC ou TL	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

Société EUROSILICONE

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3150071	Implant mammaire, rond, gel, lisse, EUROSILICONE, PARAGEL. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif Soft, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Profil Bas ES.26 (taille 26/###), Profil Haut ES.28 (taille 28/###), Profil Modéré ES.261 (taille 261/###), Profil Extra Haut ES.281 (taille 281/###). GABARIT Gabarit de forme ronde pré-rempli de gel de silicone constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : Profil Bas ES.35M (taille 35M/###), Profil Haut ES.37M (taille 37M/###), Profil Haut GFS-RCH (taille GFS-RCH ###), Profil Modéré ES.35R (taille 35R/###), Profil Extra Haut ES.37R (taille 37R/###), Profil Extra Haut GFS-RCEH (taille GFS-RCEH ###) Gabarit de forme ronde, gonflable, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : Profil Bas ES.30 (taille 30/###), Profil Haut ES.33 (taille 33/###)	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3159787	Implant mammaire, rond, gel, texturé, EUROSILICONE, CRISTALLINE PARAGEL. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif Soft ou cohésif Naturel constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface texturée. Un gabarit lisse de forme ronde, gonflable ou pré-rempli de gel de silicone peut être fourni.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gel silicone cohésif Soft : Profil Bas ES.80 (taille 80/###), Profil Haut ES.81 (taille 81/###), Profil Modéré ES.801 (taille 801/###), Profil Extra Haut ES.811 (taille 811/###). Gel silicone cohésif Naturel : Profil Modéré ES.802N (taille 802/###), Profil Extra Haut ES.812N (taille 812/###), Profil Modéré Plus ES.805N (taille 805/###), Profil Haut ES.810N (taille 810/###). GABARIT Gabarit de forme ronde pré-rempli de gel de silicone constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : Profil Bas ES.35M (taille 35M/###), Profil Haut ES.37M (taille 37M/###), Profil Haut GFS-RCH (taille GFS-RCH ###), Profil Modéré ES.35R (taille 35R/###), Profil Extra Haut ES.37R (taille 37R/###), Profil Extra Haut GFS-RCEH (taille GFS-RCEH ###) Gabarit de forme ronde, gonflable, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : Profil Bas et Profil Modéré ES.30 (taille 30/###) et Profil Haut et Profil Extra Haut ES.33 (taille 33/###).			
3108330	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, EUROSILICONE. Il s'agit d'un implant de forme anatomique, pré-rempli de gel de silicone cohésif Naturel et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface texturée. Un gabarit de forme anatomique pré rempli de gel de silicone constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Hauteur Elevée Projection Faible TMF1/###, Hauteur Elevée Projection Modérée TMF2/###, Hauteur Elevée Projection Forte TMF3/###, Hauteur Moyenne Projection Faible TMM1/###, Hauteur Moyenne Projection Modérée TMM2/###, Hauteur Moyenne Projection Forte TMM3/###, Hauteur Basse Projection Faible TML1/###, Hauteur Basse Projection Modérée TML2/###, Hauteur Basse Projection Forte TML3/###. GABARIT Hauteur Elevée Projection Modérée GFS-TMF2 (taille GFS-TMF2 ###), Hauteur Modérée Projection Modérée GFS-TMM2 (taille GFS-TMM2 ###), Hauteur Elevée Projection Forte GFS-TMF3 (taille GFS-TMF3 ###), Hauteur Moyenne Projection Forte GFS-TMM3 (taille GFS-TMM3 ###).	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3199597	Implant mammaire, rond, gel, lisse, EUROSILICONE, NAGOR RGI et IMPLEO Smooth. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif ou très cohésif souple de forme stable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gel très cohésif : Low Profile RGI-D ###, High Profile RGI-DH ###, Extra High Profile RGI-DEH ### Gel Très Cohésif Souple de Forme Stable : Moderate Range IMP-SMR ###, High Range IMP-SHR ###, Extra High Range IMP-SEHR ### GABARIT Gabarit de forme ronde pré rempli de gel de silicone. constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : High Profile GS-RHP ###, Extra High Profile GS-REHP###, Moderate Range GS-MR###, High Range GS-HR###, Extra High Range GS-EHR### Gabarit de forme ronde, gonflable, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse :	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	INF-RS			
3172664	Implant mammaire, rond, gel, texturé, EUROSILICONE, NAGOR GFX et IMPLEO. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésif ou très cohésif souple de forme stable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface texturée. Un gabarit pré rempli de gel de silicone ou gonflable peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Gel très cohésif : Low Profile GFX-LP ###, High Profile GFX ###, Extra High Profile GFX-EHP ###. Gel très cohésif souple de forme stable : Moderate Range IMP-MR ###, High Range IMP-HR ###, Extra High Range IMP-EHR ### GABARIT Gabarit de forme ronde pré rempli de gel de silicone. constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : High Profile GS-RHP ###, Extra High Profile GS-REHP###, Moderate Range GS-MR###, High Range GS-HR###, Extra High Range GS-EHR###. Gabarit de forme ronde, gonflable, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse : INF-RS	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3178483	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, EUROSILICONE, NAGOR COGEL. Il s'agit d'un implant de forme anatomique, pré-rempli de gel de silicone hautement cohésif de forme stable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface texturée. Un gabarit de forme anatomique pré rempli de gel de silicone. constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface lisse peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Full Height Low Projection XF1-###, Moderate Height Low Projection XM1-###, Low Height Low Projection XL1-###, Full Height Moderate Projection XF2-###, Moderate Height Moderate Projection XM2-###, Low Height Moderate Projection XL2-###, Full Height High Projection XF3-###, Moderate Height High Projection XM3-###, Low Height High Projection XL3-###. GABARIT GFS-XF2###, GFS-XF3###, GFS-XM2###, GFS-XM3###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

Société MOTIVA IMPLANTS France SAS (MOTIVA IMPLANTS)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3187401	Implant mammaire, rond, gel, texturé, MOTIVA IMPLANTS, ERGONOMIX ROUND QID. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone, cohésivité souple, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface nano texturée, intégrant une couche barrière brevetée BluSeal. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone nano texturée peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT ERSM-###Q, ERSD-###Q, ERSF-###Q, ERSC-###Q GABARIT SZM-###, SZD-###, SZF-###, SZC-###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3159505	Implant mammaire, rond, gel, texturé, MOTIVA IMPLANTS, SILKSURFACEPLUS QID. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésivité intermédiaire, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface nano texturée, intégrant une couche barrière brevetée BluSeal. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone nano texturée peut être fourni.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT RSM-###+Q, RSD-###+Q, RSF-###+Q, RSC-###+Q GABARIT SZM-###, SZD-###, SZF-###, SZC-###			
3123275	Implant mammaire, rond, gel, texturé, MOTIVA IMPLANTS, SILKSURFACE PLUS. Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone cohésivité intermédiaire, constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone de surface nano texturée, intégrant une couche barrière brevetée BluSeal. Un gabarit de forme ronde, rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone nano texturée peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT RSM-###+, RSD-###+, RSF-###+, RSC-###+ GABARIT SZM-###, SZD-###, SZF-###, SZC-###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

Société PEROUSE PLASTIE (PEROUSE)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3143510	Implant mammaire, rond, gel, texturé, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR MemoryGEL de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe texturée composée d'un élastomère de silicone. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE 354-###7, 354-###1, 354-4###, 354-5###, 354-###9, 324-5###, 324-4###. GABARIT RSZ-###1, RSZ-###4, RSZ-###5, RSZ-1###, RSZ-4###, RSZ-5###, RSZ-7###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3128344	Implant mammaire, rond, gel, lisse, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR MemoryGEL de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe lisse composée d'un élastomère de silicone. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT 350-####BC. GABARIT RSZ-###1, RSZ-###4, RSZ-###5, RSZ-1###, RSZ-4###, RSZ-5###, RSZ-7###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3144716	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR MemoryShaped de forme anatomique, pré-rempli de gel de silicone et constitué d'une enveloppe texturée composée d'un élastomère de silicone.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT 334-###1, 334-###7, 334-###6, 354-###8, 334-###5, 334-###2, 334-###3, 334-###9, 334-###4 GABARIT RSZ-0###, RSZ-###2, RSZ-1###, RSZ-###3, RSZ-4###, RSZ-###5, RSZ-###6, RSZ-###7, RSZ-###8, RSZ-###9			
3116387	Implant mammaire, rond, sérum physiologique, lisse, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR Saline de forme ronde, rempli de sérum physiologique, constitué d'une enveloppe lisse composée d'un élastomère de silicone. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT 350-16##, 350-2###, 350-3### GABARIT 351-###SZ, 351-####SZ, 351-##5SZ, 351-2###SZ, 351-3###SZ	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3103172	Implant mammaire, rond, sérum physiologique, texturé, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR Saline de forme ronde, rempli de sérum physiologique, constitué d'une enveloppe texturée composée d'un élastomère de silicone. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT 354-26## GABARIT 351-###SZ, 351-####SZ, 351-##5SZ	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**
3175958	Implant mammaire, anatomique, sérum physiologique, texturé, PEROUSE, MENTOR. Il s'agit d'un implant MENTOR Saline de forme anatomique, rempli de sérum physiologique, constitué d'une enveloppe texturée composée d'un élastomère de silicone. Un gabarit pré-rempli de gel de silicone ou gonflable et constitué d'une enveloppe en élastomère de silicone. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT 354-27##, 354-29## GABARIT 351-###SZ, 351-##5SZ	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

Société GROUPE SEBBIN

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Implants souples, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Lisse LS 52 ### Implants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Modéré, Enveloppe Lisse LS 56 ###	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Implants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Haut, Enveloppe Lisse LS 57 ### Implants classiques, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse LS 50 ### 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 ### GABARIT Gabarit gonflable stérile, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 37 ###. Gabarit gonflable stérile, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 38 ### Gabarit gonflable, stérile, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 39 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Lisse, GAB 34 ### Gabarit, stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 33 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 35 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 36 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 30 ### Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 31 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 32 ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Lisse, GAB RL ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-moderate, Enveloppe Lisse, GAB RS ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Lisse, GAB RM ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Lisse, GAB RF ###. Gabarit non stérile, pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 34 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 35 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 36 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 31 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 32 ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB TS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Low Projection Enveloppe Lisse, GAB TL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB TM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB TF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB SS ###.			

	Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB SL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB SM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB SF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSF ###.			
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. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Implants souples, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Texturée LS 94 ### Implants 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 ###. GABARIT Gabarit gonflable stérile, Base Large, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 37 ###. Gabarit gonflable stérile, Base Médium, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 38 ### Gabarit gonflable, stérile, Base Etroite, Profil haut, Enveloppe Lisse, LS 39 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Lisse, GAB 34 ### Gabarit, stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 33 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 35 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 36 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 30 ### Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Lisse, GAB 31 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 32 ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Lisse, GAB RL ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-moderate, Enveloppe Lisse, GAB RS ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Lisse, GAB RM ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Lisse, GAB RF ###. Gabarit non stérile, pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 34 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 35 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 36 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 31 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 32 ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB TS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Low Projection Enveloppe Lisse, GAB TL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB TM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB TF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB SS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB SL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB SM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB SF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSF ###.			
3185000	Implant mammaire, anatomique, gel, texturé, GROUPE SEBBIN. Il s'agit d'un implant de forme anatomique, pré-rempli de gel de silicone de haute cohésion, constitué d'une enveloppe texturée en élastomère de silicone. Un gabarit, constitué d'une enveloppe lisse, en élastomère de silicone peut être utilisé. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Texturée, LSA TS ###. Tall Height, Low Projection, Enveloppe Texturée, LSA TL ###.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Texturée, LSA TM ###. Tall Height, Full Projection, Enveloppe Texturée, LSA TF ###. Short Height, Slim Projection, Enveloppe Texturée, LSA SS ###. Short Height, Low Projection, Enveloppe Texturée, LSA SL ###. Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Texturée, LSA SM ###. Short Height, Full Projection, Enveloppe Texturée, LSA SF ###. Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Texturée, LSA XSS ###. Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Texturée, LSA XSL ###. Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Texturée, LSA XSM ###. Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Texturée, LSA XSF ###. GABARIT Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB TS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Low Projection Enveloppe Lisse, GAB TL ### Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB TM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB TF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB SS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB SL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB SM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB SF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSF ###. Gabarit gonflable stérile, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 37 ###. Gabarit gonflable stérile, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 38 ###. Gabarit gonflable, stérile, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 39 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Morpho-Aesthetic™, Profil Bas, Enveloppe Lisse, GAB 34 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 33 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 35 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 36 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 30 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 31 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 32 ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Lisse, GAB RL ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-moderate, Enveloppe Lisse, GAB RS ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Lisse, GAB RM ###.			

	Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Lisse, GAB RF ###. Gabarit non stérile, pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 34 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 35 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 36 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 31 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 32 ###.			
3184756	Implant mammaire, rond, sérum physiologique, lisse, GROUPE SEBBIN. Il s'agit d'un implant de forme ronde, gonflable au sérum physiologique, constitué d'une enveloppe lisse en élastomère de silicone. Un gabarit à enveloppe lisse, gonflable ou pré-rempli de gel de silicone, peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT LS 20 ###. GABARIT Gabarit gonflable stérile, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 37 ###. Gabarit gonflable stérile, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 38 ###. Gabarit gonflable, stérile, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 39 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Morpho-Aesthetic™, Profil Bas, Enveloppe Lisse, GAB 34 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 33 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 35 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 36 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 30 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 31 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 32 ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Lisse, GAB RL ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-moderate, Enveloppe Lisse, GAB RS ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Lisse, GAB RM ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Lisse, GAB RF ###. Gabarit non stérile, pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 34 ###.	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 35 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 36 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 31 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 32 ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB TS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Low Projection Enveloppe Lisse, GAB TL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB TM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB TF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB SS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB SL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB SM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB SF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSF ###.			
3171831	Implant mammaire, rond, sérum physiologique, texturé, GROUPE SEBBIN. Il s'agit d'un implant de forme ronde, gonflable au sérum physiologique, constitué d'une enveloppe texturée en élastomère de silicone. Un gabarit à enveloppe lisse, gonflable ou pré-rempli de gel de silicone, peut être fourni. REFERENCES PRISES EN CHARGE IMPLANT LS 21 ###. GABARIT Gabarit gonflable stérile, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 37 ###. Gabarit gonflable stérile, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 38 ###. Gabarit gonflable, stérile, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 39 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Morpho-Aesthetic™, Profil Bas, Enveloppe Lisse, GAB 34 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 33 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 35 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Classique, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 36 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Semi-Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 30 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, GAB 31 ###. Gabarit stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, GAB 32 ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Lisse, GAB RL ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil	**370,00**	**370,00**	**31-03-2023**

	Semi-moderate, Enveloppe Lisse, GAB RS ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Lisse, GAB RM ###. Gabarit stérile Integrity, pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Lisse, GAB RF ###. Gabarit non stérile, pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Bas, Enveloppe Lisse, LS 34 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LS 35 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LS 36 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 31 ###. Gabarit non stérile pré-rempli de gel de silicone, Ferme, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 32 ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB TS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Low Projection Enveloppe Lisse, GAB TL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB TM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Tall Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB TF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB SS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB SL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB SM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB SF ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Slim Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSS ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Low Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSL ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Moderate Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSM ###. Gabarit pré-rempli de gel de silicone, Extra Short Height, Full Projection, Enveloppe Lisse, GAB XSF ###.			

Section 9. – Produit pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes

Société SINCLAIR PHARMACEUTICALS LIMITED (SINCLAIR)

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	RÉFÉRENCE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3180630	Produit de comblement, GALDERMA, NEW-FILL. Produit de comblement biodégradable, acide L-polylactique, pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes, NEW-FILL, de la société GALDERMA International. Les 2 flacons en verre contenant chacun 367,5 mg de lyophilisat.	**290,00**	**§** Pas de prix limite de vente TTC dans l'avis relatif au tarif accompagnant l'arrêté d'inscription du 17-01-2005 remplacé par l'arrêté du 04-04-2006. Puis l'arrêté du 23-06-2008. Le prix est volontairement non réglementé (DSM/MPS n° 434 / 2005 du 14-03-2005)	**01-02-2023**

Section 10. – Implants digestifs

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**2 743,00**	**2 743,00**	**15-09-2023**

	prothèse si le pseudokyste/WON est résolu. RÉÉRENCES PRISES EN CHARGE: M00553520; M00553530; M00553540; M00553550; M00553560; M00553570.			

Section 11. – Implants de l'appareil respiratoire

Sous-section 1 : Valves endobronchiques

Société PulmonX International (PULMONX)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3103663	Valve endobronchique unidirectionnelle, PULMONX, ZEPHYR DESCRIPTION La valve endobronchique unidirectionnelle ZEPHYR est destinée à la régulation du débit d'air. La valve endobronchique est comprimée dans le chargeur et ensuite chargée sur le cathéter de pose. Le cathéter est inséré par le canal opérateur d'un bronchoscope souple adulte jusqu'à la zone à traiter. La valve est ensuite déployée dans la bronche cible. La manœuvre est répétée en fonction du nombre de valves à insérer. INDICATION PRISE EN CHARGE Traitement de l'emphysème pulmonaire sévère (BPCO de stade III) ou très sévère (BPCO de stade IV), hétérogène ou homogène, du lobe supérieur et/ou inférieur, chez des patients très distendus (VR > 175 %), avec une ventilation collatérale nulle à minimale, handicapés dans leur vie quotidienne (Score ≥ 2 au questionnaire modifié du Medical Research Council), sans comorbidités sévères et/ou instables, ayant bénéficié d'une réhabilitation respiratoire, et sous traitement médical optimal. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La mise à disposition du système de valves endobronchiques ZEPHYR relève d'un encadrement, au sens de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique. Ainsi, le système de valves endobronchiques ZEPHYR est à réserver aux établissements disposant d'un plateau technique de pneumologie interventionnelle avec la présence sur site d'une équipe de chirurgie thoracique et de réanimation et ayant accès à des structures de réhabilitation respiratoire. La sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un pneumologue interventionnel ayant une formation théorique et pratique par compagnonnage à la technique, un chirurgien thoracique et un radiologue. L'équipe doit être formée aux techniques bronchoscopiques interventionnelles. Pour traiter un patient, les études cliniques disponibles rendent compte de l'utilisation d'un nombre médian de 3 à 4 valves. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Bronches de 4 à 7 mm de diamètre : ZEPHYR 4.0 (EBV-TS-4.0) ; ZEPHYR 4.0-LP (EBV-TS-4.0-LP) Bronches de 5,5 à 8,5 mm de diamètre : ZEPHYR 5.5 (EBV-TS-5.5) ; ZEPHYR 5.5-LP (EBV-TS-5.5-LP)	**2 374,16**	**2 374,16**	**15-05-2023**

	Les références EBV-TS-4.0-LP et EBV-TS-5.5-LP correspondent à des profils courts avec une zone de contact étanche raccourcie.			

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 mentionnés à l'article R. 5211-66 du code de la santé publique publiée sur le site internet de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. En l'absence d'inscription sur la liste susmentionnée, ils doivent avoir fait l'objet d'une validation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, sur demande de la Haute Autorité de santé.

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

Section 1. – Implants cardio-vasculaires

Sous-section 1 : Bioprothèses valvulaires

Paragraphe 1 : Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3201733	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PR66 ET AR22-PORCIN ET EQUIN	**3242,44**	**3242,44**	**30-06-2005**
3209982	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA BIPLEX PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**01-05-2019**
3241550	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**01-05-2019**
3267710	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PPR11 ET PAR99-PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**30-06-2005**
3222988	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, ABBOTT, VAVGJ-515-BOVIN	**3080,32**	**3080,32**	**18-07-2023**
3282772	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, ABBOTT, CAVGJ-514-00-BOVIN	**3080,32**	**3080,32**	**18-07-2023**
3225662	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, LABCOR LABORATORIOS, T 07 EAIS-BOVIN/PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**30-06-2005**
3237487	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, CONTEGRA-BOVIN	**3242,44**	**3242,44**	**01-10-2023**
3271751	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 105-PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**30-09-2020**
3220535	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 150-PORCIN	**3242,44**	**3242,44**	**30-09-2020**

Société MEDTRONIC France SAS

3212352	Valve cardiaque, conduit pulmonaire valvé, MEDTRONIC, OPEN PIVOT Conduit aortique avec valve mécanique OPEN PIVOT de la société MEDTRONIC qui correspond à l'assemblage d'une valve mécanique à double ailette OPEN PIVOT et d'un conduit vasculaire HEMASHIELD. 1. INDICATIONS Pathologies de la valve aortique et de l'aorte ascendante exposées à un risque de dissection aortique et/ou d'évolution de la valvulopathie : - insuffisance aortique dystrophique associée à une dilatation de l'aorte ascendante, - maladie annulo-ectasiante, - bicuspidie aortique. Remplacement d'un conduit préalablement implanté 2. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION POUR LA PRISE EN CHARGE Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités de chirurgie cardiaque sont précisées dans les textes suivants : - Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [lien] ; - Circulaire DHOS/O4 n° 2006-293 du 3 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque L'équipe médico-chirurgicale doit disposer d'un service de cardiologie permettant d'établir le diagnostic et de réaliser l'exploration hémodynamique d'urgence (cathétérisme et angiographie). 3. REFERENCES PRISES EN CHARGE 502AG21 ; 502AG23 ; 502AG25 ; 502AG27 ; 502AG29 ; 502AG31 ; 502AG33	**3080,32**	**3080,32**	**01-10-2023**

Société LIVANOVA SAS(LIVANOVA)

3265822	Valve cardiaque, conduit valvé, LIVANOVA, CARBO-SEAL. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : Pathologies de la valve aortique et de l'aorte ascendante exposées à un risque de dissection aortique et/ou d'évolution de la valvulopathie : - insuffisance aortique dystrophique associée à une dilatation de l'aorte ascendante ; - maladie annulo-ectasiante ; - bicuspidie aortique. MODALITÉS PRESCRIPTION D'UTILISATION : Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités de chirurgie cardiaque sont précisées dans les textes suivants : - Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ; - Circulaire DHOS/O4 n° 2006-293 du 3 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque.	**3242,44**	**3080,32**	**30-04-2023**

	Par ailleurs, l'équipe médico-chirurgicale doit disposer d'un service de cardiologie permettant d'établir le diagnostic et de réaliser l'exploration hémodynamique d'urgence (cathétérisme et angiographie). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : AP-021 ; AP-023 ; AP-025 ; AP-027 ; AP-029 ; AP-031 ; AP-033			
3235560	Valve cardiaque, conduit valvé, LIVANOVA, CARBO-SEAL VALSALVA. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : Pathologies de la valve aortique et de l'aorte ascendante exposées à un risque de dissection aortique et/ou d'évolution de la valvulopathie : - insuffisance aortique dystrophique associée à une dilatation de l'aorte ascendante ; - maladie annulo-ectasiante ; - bicuspidie aortique. MODALITÉS PRESCRIPTION D'UTILISATION : Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités de chirurgie cardiaque sont précisées dans les textes suivants : - Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ; - Circulaire DHOS/O4 n° 2006-293 du 3 juillet 2006 relative à l'activité de soins de chirurgie cardiaque. Par ailleurs, l'équipe médico-chirurgicale doit disposer d'un service de cardiologie permettant d'établir le diagnostic et de réaliser l'exploration hémodynamique d'urgence (cathétérisme et angiographie). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CP-021 ; CP-023 ; CP-025 ; CP-027 ; CP-029	**3242,44**	**3080,32**	**30-04-2023**

Société BIOINTEGRAL SURGICAL INC (BIOINTEGRAL SURGICAL)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3249415	Valve cardiaque, conduit pulmonaire valvé, BIOINTEGRAL SURGICAL, NRPC-PORCIN Conduit pulmonaire valvé BioPulmonic Valve Conduit (NRPC) PORCIN de la société BIOINTEGRAL SURGICAL INC	**3242,44**	**3242,44**	**01-10-2008**
3219265	Valve cardiaque, conduit aortique valvé, BIOINTEGRAL SURGICAL, NRAC-PORCIN Conduit aortique valvé BioConduit Valve Conduit (NRAC) PORCIN de la société BIOINTEGRAL SURGICAL INC	**3242,44**	**3242,44**	**01-10-2008**

Paragraphe 2 : Bioprothèses valvulaires par voie transcutanée

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 ≥	**15419,21**	**15419,21**	**15-05-2020**

	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) 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. 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 équipes 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.			
3290501	Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, BOSTON, ACURATE NEO. Valve aortique transcutanée auto-expansible ACURATE neo TF (abord transfémoral) de la société BOSTON SCIENTIFIC. DESCRIPTION La bioprothèse ACURATE NEO se compose d'un stent auto-expansible en nitinol sur lequel est suturée une valve à 3 feuillets en péricarde porcin. La bioprothèse est dotée d'une double jupe en péricarde porcin, suturée sur les faces interne et externe du stent, destinée à réduire les fuites paravalvulaires. Avant l'intervention, la bioprothèse ACURATE NEO doit être sertie sur son système de mise en place. Elle est implantée par voie rétrograde transfémorale sans retrait de la valve native. Cette bioprothèse est disponible en 3 diamètres : 23, 25 et 27 mm permettant de traiter des patients ayant un diamètre d'anneau aortique compris entre 21 et 27 mm : 21 mm ≤ diamètre anneau natif ≤ 23 mm taille 23 mm ; 23 mm < diamètre anneau natif ≤ 25 mm taille 25 mm ;	**15419,21**	**15419,21**	**01-01-2021**

	25 mm < diamètre anneau natif ≤ 27 mm taille 27 mm. Quel que soit le diamètre de la bioprothèse, le système de mise en place est compatible avec des gaines d'introduction de 18 F. Il s'agit d'une bioprothèse repositionnable et non recapturable. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée : Chez les patients contre-indiqués à la chirurgie avec sténose aortique native sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2). La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥ 20 % ou un score STS ≥ 10 %. Chez les patients avec sténose aortique native sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) à haut risque. Le haut risque 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. 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). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION III.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. III.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. III.3. 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. Voie Aortique directe : L'acte concernant la pose d'une bioprothèse valvulaire par voie aortique directe nécessite une mini-sternotomie. Cet acte n'est pas référencé à la CCAM et en l'état actuel des connaissances, cette voie d'abord ne peut être recommandée. III.4. Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les éléments 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. III.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. III.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. III.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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SYM-SV23-002 SYM-SV25-002 SYM-SV27-002			

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 +. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Patient avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) et/ou insuffisance aortique par dégénérescence de la valve aortique bioprothétique chirurgicale contre-indiqué à la chirurgie. La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥ 20% ou un score STS ≥ 10 %. Seuls les systèmes 23 mm et 26 mm peuvent bénéficier d'une prise en charge pour l'indication de remplacement d'une bioprothèse valvulaire chirurgicale dégénérescente préalablement implantée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie. - 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 %. 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). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : - 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	**14248,63**	**14248,63**	**15-08-2020**

	experts consultés - Composition des équipes La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord : - 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. - En l'état actuel des connaissances, la voie aortique directe ne peut être recommandée. - Bilan pré-opératoire : 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 transartérielle 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - Système de 23 mm : 9355AS323 regroupant la valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (23mm) et les ancillaires dont le système de mise en place ASCENDRA+ (9355AS23) qui comprend aussi une butée de sertissage, l'ensemble de la gaine d'introduction ASCENDRA+ (9350IS23 [24F]), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique ASCENDRA+ (9100BAVC [20mm]) et le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 26 mm : 9355AS326 regroupant la valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (26mm) et les ancillaires dont le système de mise en place ASCENDRA+ (9355AS26) qui			

	comprend aussi une butée de sertissage, l'ensemble de la gaine d'introduction ASCENDRA+ (9350IS26 [24F]), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique ASCENDRA+ (9100BAVC [20mm]) et le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 29 mm : 9355AS329 regroupant la valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (29mm) et les ancillaires dont le système de mise en place ASCENDRA+ (9355AS29) qui comprend aussi une butée de sertissage, l'ensemble de la gaine d'introduction ASCENDRA+ (9350IS29 [26F]), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique ASCENDRA+ (9100BAVC [20 mm]) et le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2).			
3239144	Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS, SAPIEN XT + NOVAFLEX + 1. VOIE AORTIQUE EDWARDS SAPIEN XT est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec système d'implantation NOVAFLEX +. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Patient avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2), et/ou insuffisance aortique par dégénérescence de la valve aortique bioprothétique chirurgicale, contre-indiqué à la chirurgie. La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥ 20% ou un score STS ≥ 10%. Seuls les systèmes 23 mm et 26 mm peuvent bénéficier d'une prise en charge pour l'indication de remplacement d'une bioprothèse valvulaire chirurgicale dégénérescente préalablement implantée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie. - 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%. 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). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : - 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.	**14248,63**	**14248,63**	**15-08-2020**

	- 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. - Bilan pré-opératoire : 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - Système de 20mm : 9355NF20 regroupant la Valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT			

	9300 TFX (20mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS20) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (916ES23), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC16), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 23mm : 9355NF23 regroupant la Valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (23mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS23) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (916ES23), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC20), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 26mm : 9355NF26 regroupant la Valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (26mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS26) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (918ES26), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC23), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 29mm : 9355NF29 regroupant la Valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (29mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS29) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (920ES29), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC25), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). 2. VOIE PULMONAIRE INDICATIONS PRISES EN CHARGE Pose de prothèse valvulaire par voie veineuse transcutanée, en correction d'une dysfonction de la voie d'éjection ventriculaire droite (sténose, régurgitation pulmonaire ou lésions mixtes) chez des patients ayant une voie prothétique (allogreffe, conduit, valve, patch d'élargissement). MODALITES 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - Système de 23mm : valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (23mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS23) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (916ES23), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC20), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 26mm : valve cardiaque EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (26mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS26) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (918ES26), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC23), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2). - Système de 29mm : valve cardiaque transcathéter EDWARDS SAPIEN XT 9300 TFX (29mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Novaflex+ (9355FS29) qui comprend aussi l'accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage en 2 pièces, l'ensemble de gaine d'introduction extensible Edwards (920ES29), le kit de dilatateurs RetroFlex (9100DKS), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC25), le sertisseur (9350CR) et dispositifs de gonflage (x2).			
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. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Patient avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) contre-indiqué à la chirurgie. 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	**14248,63**	**14248,63**	**15-08-2020**

	mortalité ou morbidité irréversible opératoire (jusqu'à 30 jours post-opératoires) > 15 %. 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). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : - 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 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. - En l'état actuel des connaissances, la voie aortique directe ne peut être recommandée. - Bilan pré-opératoire : 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 transartérielle 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - Système de 23 mm : S3FTA123 regroupant la valve Edwards Sapien 3 9600 TFX (23 mm) et les ancillaires dont le Système de mise en place Edwards CERTITUDE (9620TA23) qui comprend aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp, une butée de sertissage à 2 pièces et une rallonge de tube, l'ensemble de gaine d'introduction Edwards Certitude (9620IS18 [18 Fr]), le sertisseur (9600CR), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra (9100BAVC [20 mm]) et le dispositif de gonflage (2 unités). - Système de 26 mm : S3FTA126 regroupant la valve Edwards Sapien 3 9600 TFX (26 mm) et les ancillaires dont le Système de mise en place Edwards CERTITUDE (9620TA26) qui comprend aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp, une butée de sertissage à 2 pièces et une rallonge de tube, l'ensemble de gaine d'introduction Edwards Certitude (9620IS18 [18 Fr]), le sertisseur (9600CR), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra (9100BAVC [20 mm]) et le dispositif de gonflage (2 unités). - Système de 29 mm : S3FTA129 regroupant la valve Edwards Sapien 3 9600 TFX (29 mm) et les ancillaires dont le Système de mise en place Edwards CERTITUDE (9620TA29) qui comprend aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp, une butée de sertissage à 2 pièces et une rallonge de tube, l'ensemble de gaine d'introduction Edwards Certitude (9620IS21 [21 Fr]), le sertisseur (9600CR), le cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra (9100BAVC [20 mm]) et le dispositif de gonflage (2 unités).			
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. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Patient avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2)	**14248,63**	**14248,63**	**15-08-2020**

	contre-indiqué à la chirurgie. 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 %. 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). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : - 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. - Bilan pré-opératoire : 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - Système de 23 mm : S3FTF123 regroupant la Valve EDWARDS SAPIEN 3 9600 TFX (23 mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Edwards COMMANDER (9610TF23) qui comprends aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp et une butée de sertissage à 2 pièces, le set d'introduction Edwards eSheath (9610ES14 [14Fr]), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC20), sertisseur (9600CR) et le dispositif de gonflage (2 unités). - Système de 26 mm : S3FTF126 regroupant la Valve EDWARDS SAPIEN 3 9600 TFX (26 mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Edwards COMMANDER (9610TF26) qui comprends aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp et une butée de sertissage à 2 pièces, le set d'introduction eSheath (9610ES14 [14Fr]), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC23), sertisseur (9600CR) et le dispositif de gonflage (2 unités). - Système de 29 mm : S3FTF129 regroupant la Valve EDWARDS SAPIEN 3 9600 TFX (29 mm) et les ancillaires dont le système de mise en place Edwards COMMANDER (9610TF29) qui comprends aussi un chargeur, l'accessoire de sertissage Qualcrimp et une butée de sertissage à 2 pièces, le set d'introduction eSheath (9610ES16 [16 Fr]), le cathéter à ballonnet transfémoral Edwards (9350BC25), sertisseur (9600CR) et le dispositif de gonflage (2 unités).			

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF	PLV	Date de fin de prise

		en € TTC	en € TTC	en charge
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). - Patient âgé d'au moins 75 ans (conformément aux indications de la notice CE) avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) à risque Intermédiaire. Le risque intermédiaire est caractérisé par un score STS compris entre 4 et 8 %, une légère fragilité (évaluée par l'échelle de Katz associée à l'évaluation de la déambulation ou échelle équivalente), une atteinte viscérale ne pouvant être améliorée suite à l'intervention et un possible obstacle à la procédure. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. 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 ENVPRO-16 ; - du système de chargement ENVEO PRO LS : références L-ENVPRO-1623 et L-ENVPRO-16. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 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).	**15419,21**	**15419,21**	**15-08-2025**

	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.			
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. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée : - 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 correction d'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 NU1018, NU1020 et NU1022. 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	**18942,53**	**18942,53**	**15-05-2022**

	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.			
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 La prise en charge est assurée : - 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 correction d'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 ;	**18942,53**	**18942,53**	**15-05-2022**

	- 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. Date de fin de prise en charge : 15 mai 2022			
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.	**15419,21**	**15419,21**	**15-08-2025**

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-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 la valve 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.
Patient âgé d'au moins 75 ans (conformément aux indications de la notice CE) avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) à risque intermédiaire
Le risque intermédiaire est caractérisé par un score STS compris entre 4 et 8 %, une légère fragilité (évaluée par l'échelle de Katz associée à l'évaluation de la déambulation ou échelle équivalente), une atteinte viscérale ne pouvant être améliorée suite à l'intervention et un possible obstacle à la procédure.
Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.
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

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 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 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 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.			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

<table>
<tr><th>Code</th><th>Référence</th><th>TARIF
en € TTC</th><th>PLV
en € TTC</th><th>Date de fin de prise en charge</th></tr>
<tr><td>3279178</td><td>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, ABBOTT, PORTICO.
Bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale PORTICO de la société ABBOTT MEDICAL France.
DESCRIPTION
La bioprothèse PORTICO se compose d'un stent auto-expansible en Nitinol radio-opaque sur lequel est suturée une valve à 3 feuillets en péricarde bovin. La bioprothèse est dotée d'une collerette en péricarde porcin suturée à l'armature du stent destinée à prévenir les fuites paravalvulaires. Avant l'intervention, la bioprothèse PORTICO doit être sertie sur son système de mise en place. Elle est implantée par voie rétrograde transfémorale sans retrait de la valve native. Cette bioprothèse est
disponible en 4 diamètres : 23, 25, 27 et 29 mm permettant de traiter des patients ayant un diamètre d'anneau aortique compris entre 19 et 27 mm :
<table><tr><th>Diamètre de la valve PORTICO</th><th>Diamètre natif de l'anneau</th><th>Diamètre de l'aorte ascendante</th></tr><tr><td>23mm</td><td>19 à 21mm</td><td>26 à 36 mm</td></tr><tr><td>25mm</td><td>21 à 23mm</td><td>28 à 38mm</td></tr><tr><td>27mm</td><td>23 à 25mm</td><td>30 à 40mm</td></tr><tr><td>29mm</td><td>25 à 27mm</td><td>32 à 42mm</td></tr></table>Le diamètre externe de l'extrémité distale du système de mise en place est de 18 F pour les valves de diamètre 23 et 25 mm et de 19 F pour les valves de diamètre 27 et 29 mm.
La bioprothèse PORTICO peut être repositionnée à deux reprises sous la condition qu'elle n'ait pas été déployée à plus de 80% ou retirée.
INDICATION PRISE EN CHARGE
Patient avec sténose aortique native sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm^2/m^2) :
- Contre-indiqué à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique. La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥ 20% ou un score STS ≥ 10%.
- A haut risque. Le haut risque 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
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).</td><td>12132,50</td><td>12132,50</td><td>21-02-2025</td></tr>
</table>

	MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 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, les scores dédiés et la balance bénéfices / risques entre les techniques chirurgicale et transcathéter et le cas échéant, la voie d'abord envisagée. 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 non interventionnel et un anesthésiste-réanimateur spécialisé en chirurgie cardiaque. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Pour les patients d'au moins 80 ans, une évaluation gériatrique standardisée est souhaitable. Toutes les autres spécialités médicales peuvent être consultées autant que de besoin notamment les spécialistes en imagerie cardiaque radiologique dont le rôle est incontournable dans le bilan pré-procédural 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. - Voie Aortique directe L'acte concernant la pose d'une bioprothèse valvulaire par voie aortique directe nécessite une			

	mini-sternotomie. Cet acte n'est pas référencé à la CCAM et en l'état actuel des connaissances, cette voie d'abord 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 actes de chirurgie valvulaire 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 100 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale par an (pour un centre ayant plus de 2 ans d'expérience dans cette activité). 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. Référence du système de chargement PORTICO : PRT-LS-TF / ALT-18F, PRT-LS-TF / ALT-19F. Référence du système de mise en place PORTICO : PRT-DS-TF-18F, PRT-DS-TF-19F. Référence de la valve PORTICO : PRT-23, PRT-25, PRT-27, PRT-29.			
3245340	Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, ABBOTT, PORTICO FLEXNAV Bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale PORTICO associée au système de pose et de chargement FLEXNAV de la société ABBOTT MEDICAL France **DESCRIPTION** La bioprothèse PORTICO se compose d'un stent auto-expansible en Nitinol radio-opaque sur lequel est suturée une valve à 3 feuillets en péricarde bovin. La bioprothèse est dotée d'une collerette en péricarde porcin suturée à l'armature du stent destinée à prévenir les fuites paravalvulaires. Avant l'intervention, la bioprothèse PORTICO doit être sertie sur son système de mise en place. Elle est implantée par voie	**12132,50**	**12132,50**	**01-03-2025**

rétrograde transfémorale sans retrait de la valve native. Cette bioprothèse est disponible en 4 diamètres : 23, 25, 27 et 29 mm permettant de traiter des patients ayant un diamètre d'anneau aortique compris entre 19 et 27 mm:

Diamètre de la valve PORTICO	Diamètre natif de l'anneau	Diamètre de l'aorte ascendante
23mm	19 à 21 mm	26 à 36 mm
25 mm	21 à 23 mm	28 à 38 mm
27 nm1	23 à 25 mm	30à40 mm
29mm	25 à 27 mm	32à42 mm

Concernant le système de mise en place FLEXNAV :

Elément	**Système de mise en place FLEXNAV™**
Ouverture du système	Boutons d'ajustement macro
Déploiement de la valve	Indicateur de déploiement
Couche stabilisatrice	Oui
Orifice de purge de la couche stabilisatrice	Oui
Gaine intégrée	Oui
Orifice de purge de la gaine intégrée	Oui
Molette d'ajustement micro	Oui
Revêtement hydrophile à différents emplacements	Oui
Repositionnement	Jusqu'à deux reprises, pour autant qu'elle n'ait pas été déployée à 100%
Exigences concernant le diamètre minimum de vaisseau	≥5,0 mm et ≥5,5 mm (14F et 15F respectivement)
Diamètre externe à l'extrémité distale	14 F et 15 F (équivalent au diamètre de la gaine intégrée)

INDICATION PRISE EN CHARGE

Patient avec sténose aortique native sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5

cm2/m2) :

- Contre-indiqué à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique. La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥20% ou un score STS ≥ 10%.
- A haut risque. Le haut risque est caractérisé par un score STS compris entre 8 et 10% et un risque de mortalité irréversible opératoire Uusqu'à 30 jours post-opératoires) > 15%.

Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.
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).

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

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 interventio1melle (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 pluridi sciplinaire(RCP)

L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en prenant en compte les comorbidités, les scores dédiés et la balance bénéfices / risques entre les techniques chirurgicale et transcathéter et le cas échéant, la voie d'abord envisagée.
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 card iaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue non interventionnel et un anesthésiste-réanimateur spécialisé en chirurgie cardiaque. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Pour les patients d'au moins 80 ans, une évaluation gériatrique standardisée est souhaitable. Toutes les autres spécialités médicales peuvent être consultées autant que de besoin notamment les spécialistes en imagerie cardiaque radiologique dont le rôle est incontournable dans le bilan pré-procédural.

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. ► Voies Sous-clavière et Carotidienne 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. ► Voie Aortique directe L'acte concernant la pose d'une bioprothèse valvulaire par voie aortique directe nécessite une mini-sternotomie. Cet acte n'est pas référencé à la CCAM et en l'état actuel des connaissances, cette voie d'abord 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 ; ►gémétrie sous-aortique ►géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; ►Aorte ascendante, diamètre, calcifications, arthérosclérose, débris aortique, axes (si possible) ►anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, arthérosclérose, 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 inssufisance rénale post/procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utisisation 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 actes de chirurgie valvulaire par an ►Avoir l'expérience de la valbuloplasie par ballonet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporéal Membrane Oxygénation) percutanées. ►Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aotique 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 100 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale par an (pour un centre ayant plus de 2 ans d'expérience dans cette activité) Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à1mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique. REFERENCES PRISES EN CHARGE Référence de la valve PORTICO : PRT -23 ; PRT -25 ;PRT-27 ;PRT-29 Référence du système de mise en place PROTICO FLEXNAV : FNAV-DS-SM ;FNAV-DS-LG Référence du système de chargement PORTICO FLEXNAV : FNAV-LS-SM ;FNAV-LS-LG			

Paragraphe 3 : Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale

Sous-section 2 : Implants d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artérioveineuses, tumeurs...)

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 (arrêté du 19 mars 2007). «

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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, 1313aliber 100-300 : S210GH, 1313aliber 300-500 : S410GH, 1313aliber 500-700 : S610GH, 1313aliber 700-900 : S810GH, 1313aliber 900-1200 : S1010GH.	**77,15**	**77,15**	**01-01-2023**
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 : Calibre 40-120 : S120GH, 1313aliber 100-300 : S220GH, 1313aliber 300-500 : S420GH, 1313aliber 500-700 : S620GH, 1313aliber 700-900 : S820GH, 1313aliber 900-1200 : S1020GH.	**137,10**	**137,10**	**01-01-2023**
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 :	**77,15**	**77,15**	**01-01-2023**

	S610EG, calibre 700-900 : S810EG, calibre 900-1200 : S1010EG.			
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.	**137,10**	**137,10**	**01-01-2023**

Société PENUMBRA FRANCE (PENUMBRA)

INDICATIONS

Anévrismes artériels intracrâniens rompus (urgence thérapeutique) accessibles au traitement endovasculaire quelle que soit la localisation de l'anévrisme.
Un traitement peut être proposé au terme d'une discussion multidisciplinaire pour les anévrismes intracrâniens non rompus.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
L'utilisation doit être réservée à des équipes compétentes.
Conformément au décret no 2007-366, l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques intervention-nelles endovasculaires sont précisées dans les décrets suivants :
– décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique ;
– décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.
L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007).

Codes	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3159818	Micro-spires, PENUMBRA, forme simple, PENUMBRA COIL 400. Il s'agit d'une micro-spire de platine nue (alliage platine et tungstène) à détachement contrôlé mécanique. **FORMES SIMPLES HÉLICOÏDALES** Extra souple courbe : 4006U0201, 4006U0202, 4006U0203, 4006U0204, 4006U0302, 4006U0303, 4006U0304, 4006U0305, 4006U0306, 4006U0308, 4006U0310, 4006U0404, 4006U0406, 4006U0408 et 4006U0410. **FORMES SIMPLES** Souple en J : 4004J7, 4004J10, 4004J15 et 4004J25.	**629,31**	**629,31**	**15-07-2020**
3198706	Micro-spires, PENUMBRA, forme complexe, PENUMBRA COIL 400. Il s'agit d'une micro-spire de platine nue (alliage platine et tungstène) à détachement contrôlé mécanique. **FORMES COMPLEXES** Complexe standard : 4002C0306, 4002C0310, 4002C0408, 4002C0412, 4002C0506, 4002C0510, 4002C0610, 4002C0615, 4002C0710, 4002C0715, 4002C0720, 4002C0815, 4002C0820, 4002C0830, 4002C0915, 4002C0925, 4002C0935, 4002C1020, 4002C1030, 4002C1040, 4002C1135, 4002C1145, 4002C1235, 4002C1245, 4002C1335, 4002C1348, 4002C1450, 4002C1557, 4002C1660, 4002C1857, 4002C2060, 4002C2260, 4002C2457, 4002C2860 et 4002C3260. Complexe souple : 4004C0303, 4004C0304, 4004C0306, 4004C0310, 4004C0404, 4004C0406, 4004C0408, 4004C0412, 4004C0509, 4004C0513, 4004C0610, 4004C0615, 4004C0620, 4004C0710, 4004C0715, 4004C0720, 4004C0815, 4004C0820, 4004C0830, 4004C0925, 4004C0935, 9 juillet 2015 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 31 sur 142 CODE NOMENCLATURE 4004C1020, 4004C1030, 4004C1040, 4004C1135, 4004C1145, 4004C1235,	**717,12**	**717,12**	**15-07-2020**

	4004C1245, 4004C1335, 4004C1348, 4004C1440, 4004C1450 et 4004C1645. **FORMES TRIDIMENSIONNELLES** Complexe extra souple : 4006C0202, 4006C0203, 4006C0204, 4006C0303, 4006C0304, 4006C0305, 4006C0306, 4006C0308, 4006C0310, 4006C0404, 4006C0406, 4006C0408 et 4006C0410..			

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.

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 :

Codes	**Référence**	**Sociétés**	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	**Date de fin de prise en charge**
3216367 302A05.1	BX Velocity avec Hepacoat – porcin	CORDIS	**841,52**	**841,52**	**06-07-2005**
3257739 302A05.1	Wiktor I Hepamed – porcin	MEDTRONIC	**841,52**	**841,52**	**30-06-2005**
3290004 302A05.1	Stent Hepamed – porcin	MEDTRONIC	**841,52**	**841,52**	**30-06-2005**

Société WL GORE & Associés (WL GORE)

Codes	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3168295	Endoprothèse nue auto-expansible, surf interne recouv, WL GORE, GORE TIGRIS Endoprothèse nue auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine de la société WL GORE & Associés. L'endoprothèse GORE TIGRIS est une endoprothèse auto-expansible qui se compose d'un stent en nitinol (NiTi = Nickel-Titane) et d'un treillis externe en fluoropolymère s'étendant sur toute sa longueur. La lumière de l'endoprothèse GORE TIGRIS est revêtue de la surface bioactive CARMEDA (CARMEDA BioActive Surface ou surface CBAS) constituée d'héparine stable de poids moléculaire réduit d'origine porcine, fixée par liaison covalente. L'endoprothèse est comprimée et fixée à un cathéter porteur à triple lumière. INDICATIONS	**750,00**	**750,00**	**15-10-2022**

	Traitement des lésions symptomatiques des membres inférieurs et des membres supérieurs : - Occlusion chronique, - Sténose résiduelle significative post-angioplastie, - Resténose significative, - Dissection, occlusion. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le nombre d'endoprothèse doit être adapté à la longueur et l'espacement des lésions. Il est difficile de définir un nombre d'endoprothèse maximum. Cependant un nombre limite de 3 endoprothèses par segment vasculaire semble être un maximum. Le nombre d'endoprothèse doit tenir compte de la bilatéralité des lésions. L'utilisation des endoprothèses doit respecter les conditions générales concernant l'environnement des salles interventionnelles vasculaires : locaux et équipement radiologique (utilisation d'une angiographie numérisée avec soustraction), personnel et organisation. 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 L'endoprothèse GORE TIGRIS n'est pas conçue pour être repositionnée, une fois le déploiement commencé. Le stent ne doit pas être dilaté avec un ballonnet plus long que la longueur de stent indiquée. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Diamètre 5 mm : PHB050301, PHB050302, PHB050401, PHB050402, PHB050601, PHB050602, PHB050801, PHB050802, PHB051001, PHB051002 - Diamètre 6 mm : PHB060301, PHB060302, PHB060401, PHB060402, PHB060601, PHB060602, PHB060801, PHB060802, PHB061001, PHB061002 - Diamètre 7 mm : PHB070301, PHB070302, PHB070401, PHB070402, PHB070601, PHB070602, PHB070801, PHB070802, PHB071001, PHB071002 - Diamètre 8 mm : PHB080301, PHB080302, PHB080401, PHB080402, PHB080601, PHB080602, PHB080801, PHB080802, PHB081001, PHB081002			
	GORE VIABAHN PROPATEN Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 2,5 cm ; 5 cm ; 10 cm ; 15 cm et 25 cm DESCRIPTION L'endoprothèse GORE VIABAHN avec un revêtement bioactif PROPATEN est une endoprothèse endoluminale auto-expansible, composée d'un revêtement en polytétrafluoroéthylène expansé (ePTFE) avec une armature externe en nitinol s'étendant sur toute sa longueur. Chaque extrémité est dotée de 4 marqueurs radio-opaques destinés à faciliter la mise en place précise du dispositif après déploiement. La surface endoluminale de l'endoprothèse a été modifiée par de l'héparine bioactive d'origine porcine liée de façon covalente (surface bioactive PROPATEN). L'endoprothèse est comprimée et fixée à un cathéter porteur à double lumière. Le connecteur du cathéter porteur comprend une lumière et une prise pour le système de déploiement et une autre lumière et une prise destinées au rinçage et à l'insertion du guide. Deux anneaux métalliques radio-opaques sont fixés sur le corps du cathéter afin de repérer les extrémités de l'endoprothèse non-déployée. Deux marqueurs radio-opaques peuvent être fixés à chaque extrémité de l'endoprothèse (versions de 5 à 8 mm de diamètre). Le stent est fixé au revêtement en ePTFE par un ruban constitué d'ePTFE et d'éthylène-propylène fluoré (FEP). Accessoires et prestations associés Les accessoires suivants sont nécessaires pour l'implantation du dispositif : - guide ou cathéter avec repère (pour mesure étalonnée de référence) ; - seringue remplie de sérum physiologique héparíné ; - gaine d'introduction de taille appropriée ; - cathéter guide rigide de diamètre approprié ; - cathéters d'angioplastie à ballonnet de diamètre approprié ; - cathéters de diagnostic et accessoires appropriés.			

	INDICATIONS PRISES EN CHARGE Artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique au stade claudication intermittente sévère (stade ≥ 2b selon la classification de Leriche et Fontaine) ou ischémie critique imputable à des lésions complexes de novo (de longueur comprise entre ≥ 15 cm et 25 cm et de classe C et D dans la classification TASC II) des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou, chez les patients pour lesquels la chirurgie de pontage présente une balance bénéfice/risque défavorable. Les patients doivent répondre aux critères suivants : - lésions fémorale superficielle et/ou poplitée proximales (3-cm au-dessus de l'interligne articulaire ou au-dessus des condyles fémoraux) ; - diamètre de référence de l'artère fémorale superficielle compris entre 4 et 7,5 mm ; - au moins une artère perméable dans le lit vasculaire d'aval ; - inéligibilité à la chirurgie de pontage veineux, dont absence documentée de greffon autologue disponible ; - score ASA ≥ III et/ou au moins un facteur de risque opératoire parmi : âge ≥ 80 ans, coronaropathie ou insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique ou bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance rénale, antécédent d'accident vasculaire cérébral ; - absence de contre-indication à un double traitement antiplaquettaire au long cours. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le nombre d'endoprothèse doit être adapté à la longueur et l'espacement des lésions. Il est difficile de définir un nombre d'endoprothèse maximum. Cependant un nombre limite de 3 endoprothèses par segment vasculaire semble être un maximum. Le nombre d'endoprothèse doit tenir compte de la bilatéralité des lésions. L'utilisation des endoprothèses doit respecter les conditions générales concernant l'environnement des salles interventionnelles vasculaires : locaux et équipement radiologique (utilisation d'une angiographie numérisée avec soustraction), personnel et organisation. 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. L'endoprothèse GORE VIABAHN à revêtement bioactif PROPATEN doit uniquement être utilisée par des médecins formés à son utilisation. Un traitement antiagrégant plaquettaire doit être mis en route avant le placement de l'endoprothèse GORE VIABAHN à revêtement bioactif PROPATEN. Une anticoagulothérapie efficace doit être administrée à une dose jugée appropriée par le médecin. La présence d'héparine sur l'endoprothèse GORE VIABAHN à revêtement bioactif PROPATEN ne constitue pas une alternative aux protocoles d'anticoagulothérapie peropératoires et postopératoires choisis par le médecin. Les longueurs disponibles sont : 2,5 cm ; 5 cm ; 10 cm ; 15 cm et 25 cm			
3280201	Endoprothèse couverte, WL Gore, GORE VIABAHN PROPATEN, 2,5 cm Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 2,5 cm REFERENCES PRISE EN CHARGE PAH050201 ; PAH050202 ; PAH060201 ; PAH060202 ; PAH070201 ; PAH070202 ; PAH080201 ; PAH080202 ; PAHR060201E ; PAHR060202E ; PAHR070201E ; PAHR070202E ; PAHR080201E ; PAHR080202E ; PAJ050202 ; PAJ060202 ; PAJ070202 ; PAJ080202 ; PAJR050202E ; PAJR060202E ; PAJR070202E ; PAJR080202E	**1800,00**	**1800,00**	**01-07-2024**

3280371	Endoprothèse couverte, WL Gore, GORE VIABAHN PROPATEN, 5 cm Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 5 cm REFERENCES PRISE EN CHARGE PAH050501 ; PAH050502 ; PAH060501 ; PAH060502 ; PAH070501 ; PAH070502 ; PAH080501 ; PAH080502 ; PAHR050502E ; PAHR060501E ; PAHR060502E ; PAHR070501E ; PAHR070502E ; PAHR080501E ; PAHR080502E ; PAJ050502 ; PAJ060502 ; PAJ070502 ; PAJ080502 ; PAJR050502E ; PAJR060502E ; PAJR070502E ; PAJR080502E.	**1800,00**	**1800,00**	**01-07-2024**
3249042	Endoprothèse couverte, WL Gore, GORE VIABAHN PROPATEN, 10 cm Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 10 cm REFERENCES PRISE EN CHARGE PAH051001 ; PAH051002 ; PAH061001 ; PAH061002 ; PAH071001 ; PAH071002 ; PAH081001 ; PAH081002 ; PAHR051002E ; PAHR061001E ; PAHR061002E ; PAHR071001E ; PAHR071002E ; PAHR081001E ; PAHR081002E ; PAJ051002 ; PAJ061002 ; PAJ071002 ; PAJ081002 ; PAJR051002E ; PAJR061002E ; PAJR071002E ; PAJR081002E.	**1800,00**	**1800,00**	**01-07-2024**
3226710	Endoprothèse couverte, WL Gore, GORE VIABAHN PROPATEN, 15 cm Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 15 cm REFERENCES PRISE EN CHARGE PAH051501 ; PAH051502 ; PAH061501 ; PAH061502 ; PAH071501 ; PAH071502 ; PAH081501 ; PAH081502 ; PAHR051502E ; PAHR061501E ; PAHR061502E ; PAHR071501E ; PAHR071502E ; PAHR081501E ; PAHR081502E ; PAJ051502 ; PAJ061502 ; PAJ071502 ; PAJ081502 ; PAJR051502E ; PAJR061502E ; PAJR071502E ; PAJR081502E .	**1800,00**	**1800,00**	**01-07-2024**
3288332	Endoprothèse couverte, WL Gore, GORE VIABAHN PROPATEN, 25 cm Endoprothèse couverte auto-expansible avec une surface interne recouverte d'héparine d'origine porcine GORE VIABAHN PROPATEN de longueur 25 cm REFERENCES PRISE EN CHARGE PAH052502 ; PAH062502 ; PAH072502 ; PAH082502 ; PAHR052502E ; PAHR062502E ; PAHR072502E ; PAHR082502E ; PAJ052502 ; PAJ062502 ; PAJ072502 ; PAJ082502 ; PAJR052502E ; PAJR062502E ; PAJR072502E ; PAJR082502E.	**2500,00**	**2500,00**	**01-07-2024**

Sous-section 4 : Prothèses cardio-vasculaires hybrides

Société Vascutek France (VASCUTEK)

Codes	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3244151	Prothèse cardio-vasculaire hybride, VASCUTEK, THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO. THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO est une prothèse en polyester tissé imprégnée de gélatine et associée à une endoprothèse couverte constituée d'anneaux en nitinol. La gélatine bovine réticulée est hydrolysée puis elle fait place à l'intégration tissulaire normale. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - traitement des pathologies complexes de l'aorte ascendante, la crosse aortique et de l'aorte descendante ; - dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) s'étendant longuement à l'intérieur de l'aorte descendante ; - dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) en coexistence avec un syndrome de Marfan ; - anévrisme de l'aorte s'étendant longuement dans l'aorte descendante, ou s'étendant de la crosse de l'aorte à l'intérieur de l'aorte descendante (également anévrisme mycotique) ;	**14242,00**	**14242,00**	**15-03-2025**

	- dissection de l'aorte complexe (type B Stanford) ; ou - dissection chronique longuement étendue dans l'aorte. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La chirurgie cardiaque fait partie des activités de soins soumises à autorisation (article R. 6122-25 du code de la santé publique [CSP]), et qui relèvent d'un schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS) (article D. 6121-11 du CSP). Les décrets du 24 janvier 2006 (décrets nos 2006-77 et 2006-78) précisent les conditions d'autorisation des activités de soins de chirurgie cardiaque (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement). En plus de tous les moyens requis pour la pratique de la chirurgie cardiaque la pose d'une prothèse hybride nécessite : En plus de tous les moyens requis pour la pratique de la chirurgie cardiaque la pose d'une prothèse hybride nécessite : - d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de la prothèse hybride. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient doit être mise à leur disposition ; - l'environnement opératoire : la pose d'une prothèse hybride doit être envisagée par une équipe médicale pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale, radiologique, cardiologique au sein d'équipe ayant l'habitude de gestes combinés qu'ils soient interventionnels notamment des pathologies de l'aorte thoraco-abdominale ou de chirurgie classique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie cardiovasculaire, des thérapeutiques cardiovasculaires et des explorations radiologiques à visée cardiovasculaire ; - la salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure. Le bloc opératoire doit être équipé d'amplificateur de brillance ou d'arceau de radiographie afin de contrôler le positionnement de l'endoprothèse. Au besoin, un guide doit être mis en place avant l'intervention dans le vrai-chenal afin d'assurer le bon placement de l'endoprothèse dans celui-ci ; - l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des premiers implants ; - la surveillance clinique et radiologique 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. Les examens radiologiques se dérouleront conformément aux recommandations du « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale ». RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE THA2224x100B ; THA2426x100B ; THA2628x100B ; THA2830x100B ; THA3032x100B ; THA3034x100B ; THA3036x100B ; THA3038x100B ; THA3040x100B ; THA3240x100B ; THA2224x150B ; THA2426x150B ; THA2628x150B ; THA2830x150B ; THA3032x150B ; THA3034x150B ; THA3036x150B ; THA3038x150B ; THA3040x150B ; THA3240x150B **THORAFLEX HYBRID ANTE-FLO est placé sous statut de produit d'exception** en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe du présent arrêté.			
3293646	Prothèse cardio-vasculaire hybride, VASCUTEK, THORAFLEX HYBRID PLEXUS.	**14242,00**	**14242,00**	**15-03-2025**

	THORAFLEX HYBRID PLEXUS est une prothèse en polyester tissé imprégnée de gélatine et associée à une endoprothèse couverte constituée d'anneaux en nitinol. La gélatine bovine réticulée est hydrolysée puis elle fait place à l'intégration tissulaire normale. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Traitement des pathologies complexes de l'aorte ascendante, la crosse aortique et de l'aorte descendante. - dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) s'étendant longuement à l'intérieur de l'aorte descendante ; - dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) en coexistence avec un syndrome de Marfan ; - anévrisme de l'aorte s'étendant longuement dans l'aorte descendante, ou s'étendant de la crosse de l'aorte à l'intérieur de l'aorte descendante (également anévrisme mycotique) ; - dissection de l'aorte complexe (type B Stanford) ; ou - dissection chronique longuement étendue dans l'aorte. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La chirurgie cardiaque fait partie des activités de soins soumises à autorisation (article R. 6122-25 du code de la santé publique [CSP]), et qui relèvent d'un schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS) (article D. 6121-11 du CSP). Les décrets du 24 janvier 2006 (décrets nos 2006-77 et 2006-78) précisent les conditions d'autorisation des activités de soins de chirurgie cardiaque (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement). En plus de tous les moyens requis pour la pratique de la chirurgie cardiaque la pose d'une prothèse hybride nécessite : En plus de tous les moyens requis pour la pratique de la chirurgie cardiaque la pose d'une prothèse hybride nécessite : - d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de la prothèse hybride. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient doit être mise à leur disposition ; - l'environnement opératoire : la pose d'une prothèse hybride doit être envisagée par une équipe médicale pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale, radiologique, cardiologique au sein d'équipe ayant l'habitude de gestes combinés qu'ils soient interventionnels notamment des pathologies de l'aorte thoraco-abdominale ou de chirurgie classique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie cardiovasculaire, des thérapeutiques cardiovasculaires et des explorations radiologiques à visée cardiovasculaire ; - la salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure. Le bloc opératoire doit être équipé d'amplificateur de brillance ou d'arceau de radiographie afin de contrôler le positionnement de l'endoprothèse. Au besoin, un guide doit être mis en place avant l'intervention dans le vrai-chenal afin d'assurer le bon placement de l'endoprothèse dans celui-ci ; - l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des premiers implants ; - la surveillance clinique et radiologique 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. Les examens radiologiques se dérouleront conformément aux recommandations du « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale ». RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : THP2224x100B ; THP2426x100B ; THP2628x100B ; THP2830x100B ; THP3032x100B ; THP3034x100B ; THP3036x100B ; THP3038x100B ; THP3040x100B ; THP3240x100B ; THP2224x150B ; THP2426x150B ; THP2628x150B ; THP2830x150B ; THP3032x150B ; THP3034x150B ; THP3036x150B ; THP3038x150B ; THP3040x150B ; THP3240x150B **THORAFLEX HYBRID PLEXUS est placé sous statut de produit d'exception** en application de			

	l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article,. , correspondant à ce produit figure en annexe du présent arrêté			

Société CRYOLIFE France (CRYOLIFE)

Codes	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3294172	Prothèse cardio-vasculaire hybride, CRYOLIFE, E-VITA OPEN PLUS. E-VITA OPEN PLUS est constituée d'une endoprothèse composée de ressorts en nitinol auto-expansible recouverte de polyester (PET tressé [polyéthylène téréphtalate]) et d'une prothèse en PET (tissé) d'un seul tenant. La partie endoprothèse en PET est suturée sur des ressorts en nitinol (tube et fil) par des sutures en PET enduites de polybutylate. INDICATIONS : Dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) s'étendant longuement à l'intérieur de l'aorte descendante. Dissection aiguë de l'aorte (type A Stanford) en coexistence avec un syndrome de Marfan. Anévrisme de l'aorte s'étendant longuement dans l'aorte descendante, ou s'étendant de la crosse de l'aorte à l'intérieur de l'aorte descendante (également anévrisme mycotique). Dissection de l'aorte complexe (type B Stanford), ou Dissection chronique longuement étendue dans l'aorte. Dans le cas d'un traitement de dissection de type A, le segment prothétique proximal d'E-VITA OPEN PLUS doit être anastomosé à une prothèse proximale en polyester tissé. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La chirurgie cardiaque fait partie des activités de soins soumises à autorisation (art. R. 6122-25 du code de la santé publique [CSP]) et qui relèvent d'un schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS) (art. D. 6121-11 du CSP). Les décrets du 24 janvier 2006 (décrets no 2006-77 et no 2006-78) précisent les conditions d'autorisation des activités de soins de chirurgie cardiaque (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement). En plus de tous les moyens requis pour la pratique de la chirurgie cardiaque, la pose d'une prothèse hybride nécessite d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolution possible de la prothèse hybride. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient doit être mise à leur disposition. L'environnement opératoire : la pose d'une prothèse hybride doit être envisagée par une équipe médicale pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale, radiologique, cardiologique au sein d'équipes ayant l'habitude de gestes combinés, qu'ils soient interventionnels, notamment des pathologies de l'aorte thoraco-abdominale, ou de chirurgie classique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie cardio-vasculaire, des thérapeutiques cardio-vasculaires et des explorations radiologiques à visée cardio-vasculaire. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure. Le bloc opératoire doit être équipé d'amplificateur de brillance ou d'arceau de radiographie afin de contrôler le positionnement de l'endoprothèse. Au besoin, un guide doit être mis en place avant l'intervention dans le vrai-chenal afin d'assurer le bon placement de l'endoprothèse dans celui-ci. L'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des premiers implants.	**14242,00**	**14242,00**	**30-04-2020**

	La surveillance clinique et radiologique 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. Les examens radiologiques se dérouleront conformément aux recommandations du «Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale». RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 71AC2020S13-PL-CO, 71AC2222S13-PL-CO, 71AC2424S13-PL-CO, 71AC2626S13-PL-CO, 71AC2828S13-PL-CO, 71AC3030S13-PL-CO, 71AC3333S13-PL-CO, 71AC3636S13-PL-CO, 71AC4040S13-PL-CO, 71AC2020S15-PL-CO, 71AC2222S15-PL-CO, 71AC2424S15-PL-CO, 71AC2626S15-PL-CO, 71AC2828S15-PL-CO, 71AC3030S15-PL-CO, 71AC3333S16-PL-CO, 71AC3636S16-PL-CO, 71AC4040S16-PL-CO, 71AC2222S13-PL-CO-02, 71AC2424S13-PL-CO-02, 71AC2626S13-PL-CO-02, 71AC2828S13-PL-CO-02, 71AC3030S13-PL-CO-02, 71AC3333S13-PL-CO-02, 71AC3636S13-PL-CO-02, 71AC4040S13-PL-CO-02. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			

Section 2. – Implants orthopédiques

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 **1097,63** €.

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 **3247,16** € 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.

Paragraphe 1 : Implants osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux

A – 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 :

Codes	Référence	sociétés	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3203689 302B01.11	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3287396 302B01.11	Oxbone CMF	BIOLAND	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3295591 302B01.11	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3228778 302B01.11	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3251056 302B01.11	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3277446	Bio coral	Société BIO CORAL CALCIUM	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**

302B01.11		BONE (BIO CORAL)			
3296343 302B01.11	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3216670 302B01.11	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3219561 302B01.11	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3267241 302B01.11	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3230924 302B01.11	Healos	ORQUEST	**274,41**	**274,41**	**01-08-2007**
3271350 302B01.11	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3218395 302B01.11	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**
3226012 302B01.11	Pyrost – bovin	STRYKER	**274,41**	**274,41**	**31-12-2004**

Société RTI SURGICAL (RTI)

Code	NOMENCLATURE	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3288579	Implant osseux, poudre, lamelles, copeaux, < ou = 15 cm3, RTI, TUTOBONE. Chips et granules, de volume inférieur ou égal à 15 cm3, d'origine bovine, viro-inactivés et déshydratés, par le procédé TUTOPLAST de la société RTI SURGICAL. INDICATION 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Chips, ⌀ 4 mm à 10 mm, 15 cm3 Chips, ⌀ 4 mm à 10 mm, 5 cm3 Granules, ⌀ 2 mm à 4 mm, 15 cm3 Granules, ⌀ 2 mm à 4 mm, 3 cm3	**274,41**	274,41	**15-11-2021**

B – Implants osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ (> 15 cm ³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3214569	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**

302B01.12					
3296580 302B01.12	Oxbone CMF	BIOLAND	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3240673 302B01.12	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3263310 302B01.12	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3206676 302B01.12	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3247563 302B01.12	Bio coral – corail	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3200627 302B01.12	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3220920 302B01.12	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3263266 302B01.12	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3223002 302B01.12	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3240182 302B01.12	Healos	ORQUEST	**365,88**	**365,88**	**01-08-2007**
3234371 302B01.12	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3283613 302B01.12	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**
3217993 302B01.12	Pyrost – bovin	STRYKER	**365,88**	**365,88**	**31-12-2004**

Société RTI SURGICAL (RTI)

Codes	Nomenclatures	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3294249	Implant osseux, poudre, lamelles, copeaux, > 15 cm3, RTI, TUTOBONE. Chips et granules, de volume supérieur à 15 cm3, d'origine bovine, viro-inactivés et déshydratés, par le procédé TUTOPLAST de la société RTI SURGICAL. INDICATION 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Chips, ⌀ 4 mm à 10 mm, 100 cm3 Chips, ⌀ 4 mm à 10 mm, 60 cm3 Chips, ⌀ 4 mm à 10 mm, 30 cm3 Granules, ⌀ 2 mm à 4 mm, 30 cm3	**365,88**	**365,88**	**15-11-2021**

Paragraphe 2 : Implant osseux de forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, paralléllépipède, cylindre)

A – Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³ (< ou = 5 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3228360 302B01.21	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3295540 302B01.21	Oxbone CMF	BIOLAND	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3210206 302B01.21	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3273419 302B01.21	Implant osseux, géométrique, < ou = 5 cm3, ZIMMER, ENDOBON REFERENCES PRISES EN CHARGES : 2037 Endobon Bloc, 5 2030 Endobon Bloc 12,5 2031 Endobon Bloc, 20 2022 Endobon Cylindre 09 2023 Endobon Cylindre 10 2024 Endobon Cylindre 11 2025 Endobon Cylindre 12 2026 Endobon Cylindre 13 2034 Endobon Granule I, 5 mL 2035 Endobon Granule II, 5 mL.	Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)	**152,45**	**152,45**	**31-03-2023**
3276493 302B01.21	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3210873 302B01.21	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3240012 302B01.21	Implant osseux, géométrique, ≤ 5 cm³ BIO CORAL, BIOCORAL-CORAIL.	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3204772 302B01.21	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3236536 302B01.21	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3273804 302B01.21	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3292078 302B01.21	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3206860 302B01.21	Healos	ORQUEST	**152,45**	**152,45**	**01-08-2007**
3235844 302B01.21	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3263243 302B01.21	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**
3224444	Pyrost – bovin	STRYKER	**152,45**	**152,45**	**31-12-2004**

302B01.21					
3204039 302B01.21	Implant osseux, géométrique, < ou = 5 cm3, SYMATESE, COLLAPAT II. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PAT1X1X1	SYMATÈSE	**152,45**	**152,45**	**30-04-2024**

Société RTI SURGICAL (RTI)

Code	Nomenclature	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3296572	Implant osseux, géométrique, < ou = 5 cm3, RTI, TUTOBONE. Greffons osseux bovins, viro-inactivés et déshydratés par le procédé TUTOPLAST, de volume inférieur ou égal à 5 cm3, de la société RTI SURGICAL. INDICATION 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. RÉFÉRENCES PRISE EN CHARGE Bloc, 10 mm x 20 mm x 20 mm Bloc, 10 mm x 10 mm x 20 mm Cylindre, ⌀16 mm, L 20 mm Cylindre, ⌀14 mm, L 20 mm Cylindre, ⌀12 mm, L 20 mm Cylindre, ⌀11 mm, L 20 mm Cylindre, ⌀11 mm, L 10 mm Cylindre, ⌀14 mm, L 14 mm Tige, 35 mm x 4 mm x 3 mm Plaque, 3 mm x 25 mm x 15 mm Coin, 35 mm x 22 mm x 5 mm			**15-11-2021**

B – 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 :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3239954 302B01.22	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3244613 302B01.22	Oxbone CMF	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3242703 302B01.22	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3286971 302B01.22	Implant osseux, géométrique, > 5 cm3 et < ou = 45 cm3, ZIMMER, ENDOBON. REFERENCES PRISES EN CHARGES : 2032 Endobon Bloc, 25 2038 Endobon Granule I, 20 mL 2069 Endobon Granule II, 10 mL 2068 Endobon Granule II, 20 mL	Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)	**304,90**	**304,90**	**31-03-2023**
3292747	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**

302B01.22					
3266342 302B01.22	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3250890 302B01.22	Implant osseux, géométrique, > 5 cm³ et ≤ 45 cm³ BIO CORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIO CORAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3257550 302B01.22	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3277854 302B01.22	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3279155 302B01.22	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3259098 302B01.22	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3290317 302B01.22	Healos	ORQUEST	**304,90**	**304,90**	**01-08-2007**
3235270 302B01.22	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3239523 302B01.22	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3284363 302B01.22	Pyrost – bovin	STRYKER	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3211625 302B01.22	Implant osseux, géométrique, > 5 cm3 et < ou = 45 cm3, SYMATESE, COLLAPAT II. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PAT35X6	SYMATÈSE	**304,90**	**304,90**	**30-04-2024**

Société RTI SURGICAL (RTI)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3296573	Implant osseux, géométrique, > 5 cm3 et < ou = 45 cm3, RTI, TUTOBONE. Greffons osseux bovins, viro-inactivés et déshydratés par le procédé TUTOPLAST, de volume supérieur à 15 cm3, de la société RTI SURGICAL. INDICATION 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. RÉFÉRENCES PRISE EN CHARGE Bloc, 20 mm x 20 mm x 30 mm Coin, 40 mm x 25 mm x 14 mm Coin, 40 mm x 25 mm x 12 mm Coin, 35 mm x 25 mm x 12 mm Coin, 35 mm x 25 mm x 10 mm	**304,90**	**304,90**	**15-11-2021**

	Coin, 35 mm x 22 mm x 8 mm			

C – Implant osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3281287 302B01.23	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3235376 302B01.23	Oxbone CMF	BIOLAND	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3290211 302B01.23	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3272390 302B01.23	Implant osseux, géométrique, > 45 cm3, ZIMMER, ENDOBON REFERENCES PRISES EN CHARGES : 2036 Endobon Granule I, 50 mL 2067 Endobon Granule II, 50 mL	Société ZIMMER BIOMET (ZIMMER)	**533,57**	**533,57**	**31-03-2023**
3227336 302B01.23	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3276694 302B01.23	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3221919 302B01.23	Bio coral – corail	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3208913 302B01.23	Healos	ORQUEST	**533,57**	**533,57**	**01-08-2007**
3290843 302B01.23	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3223143 302B01.23	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3204460 302B01.23	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3236163 302B01.23	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3200395 302B01.23	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3214658 302B01.23	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3258503 302B01.23	Pyrost – bovin	STRYKER	**533,57**	**533,57**	**31-12-2004**
3257722 302B01.23	Implant osseux, géométrique, > 45 cm3, SYMATESE, COLLAPAT II. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PAT7X11	SYMATÈSE	**533,57**	**533,57**	**30-04-2024**

Paragraphe 3 : Implants osseux de forme anatomique

A – Implant osseux de forme anatomique utilisé en orthopédie (vertèbre, coin d'ostéotomie...)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3236849 302B01.31	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3205895 302B01.31	Oxbone CMF	BIOLAND	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3285983 302B01.31	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3280106 302B01.31	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3261876 302B01.31	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3288310 302B01.31	Implant osseux, anatomique, orthopédie, BIO CORAL, BIOCORAL-CORAIL.	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3294350 302B01.31	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3213044 302B01.31	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3245854 302B01.31	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3283866 302B01.31	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3266307 302B01.31	Healos	ORQUEST	**320,14**	**320,14**	**01-08-2007**
3208617 302B01.31	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3257047 302B01.31	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**
3272093 302B01.31	Pyrost – bovin	STRYKER	**320,14**	**320,14**	**31-12-2004**

B – Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie)

1° Planchers orbitaires

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge

3205323 302B01.321	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3220179 302B01.321	Oxbone CMF	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3222250 302B01.321	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3271521 302B01.321	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3279600 302B01.321	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3212145 302B01.321	Implant osseux, anatomique, non orthopédique, plancher orbitaire, BIO CORAL. Implant BIOCORAL-Corail de la société BIO CORAL.	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**304,90** €	**304,90**	**31-12-2004**
3224310 302B01.321	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3253300 302B01.321	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3244731 302B01.321	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3216195 302B01.321	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3219087 302B01.321	Healos	ORQUEST	**304,90**	**304,90**	**01-08-2007**
3245328 302B01.321	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3297740 302B01.321	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**
3216723 302B01.321	Pyrost – bovin	STRYKER	**304,90**	**304,90**	**31-12-2004**

2° Autres formes anatomiques complexes (menton, pommette, sinus)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3231496 302B01.322	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3270987 302B01.322	Oxbone CMF	BIOLAND	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3250654 302B01.322	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3226348 302B01.322	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3292598 302B01.322	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3233331 302B01.322	Implant osseux, anatomique, complexe, BIO CORAL, BIOCORAL-CORAIL.	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3295355 302B01.322	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**

3263237 302B01.322	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3204803 302B01.322	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3274420 302B01.322	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3222209 302B01.322	Healos	ORQUEST	**480,21**	**480,21**	**01-08-2007**
3212895 302B01.322	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3233420 302B01.322	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**
3222913 302B01.322	Pyrost – bovin	STRYKER	**480,21**	**480,21**	**31-12-2004**

3° 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 :

Codes	Référence	sociétés	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3277802 302B01.323	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3202922 302B01.323	Oxbone CMF	BIOLAND	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3230723 302B01.323	Oxbone Neuro – bovin	BIOLAND	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3299531 302B01.323	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3209746 302B01.323	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3226609 302B01.323	Implant osseux, sur mesure, BIO CORAL, BIOCORAL-CORAIL. La prise en charge est assurée dans la limite de 1311,06 €.	Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3284038 302B01.323	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3226466 302B01.323	Pro Osteon 200 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3221150	Pro Osteon 500	INTERPORE	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**

302B01.323		INTERNATIONAL			
3209485 302B01.323	Pro Osteon 500 R – corail	INTERPORE INTERNATIONAL	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3295310 302B01.323	Healos	ORQUEST	**1311,06**	**1311,06**	**01-08-2007**
3246055 302B01.323	Lubboc – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3235703 302B01.323	Isobone2 – bovin	OST DEVELOPPEMENT	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**
3229855 302B01.323	Pyrost – bovin	STRYKER	**1311,06**	**1311,06**	**31-12-2004**

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 :

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS (J&J)

Code	**Référence**	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3250619 302B02	Obturateur à ciment centromédullaire pour pose d'implants articulaires, obturateur porcin BIOSTOP G, de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS, division DEPUY SYNTHES Implant orthopédique, obturateur, J&J, OBTURATEUR-PORCIN, BIOSTOP G	**55,15**	**55,15**	**31-12-2025**

Société BIO CORAL CALCIUM BONE (BIO CORAL)

Codes	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	Date de fin de prise en charge
3290889 302B02	Implant orthopédique, BIO CORAL, BIOCORAL OBTURATEUR-CORAIL.	**55,15**	**55,15**	**31-12-2004**

Groupe LEPINE

Codes	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC)	
3295042	Implant orthopédique, obturateur, GROUPE LEPINE, AIR PLUG-PORCIN. Obturateur à ciment centro-médullaire d'origine porcine AIR PLUG de la société GROUPE LEPINE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Arthroplastie totale de la hanche : - coxopathie symptomatique ; - fractures cervicales vraies ; - certaines situations particulières de fractures extracervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence) ; - reprise de prothèse de hanche. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge doit être assurée dans la limite d'une unité par intervention. L'obturateur à ciment centro-médullaire doit être utilisé dans le cadre de la technique de cimentage moderne des tiges fémorales (lavage de la cavité osseuse, aspiration, obturation du fût diaphysaire).	**49,64**	**49,64**	**15-08-2022**

	RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Obturateur diaphysaire AIRPLUG 08 : PLUG08. Obturateur diaphysaire AIRPLUG 10 : PLUG10. Obturateur diaphysaire AIRPLUG 12 : PLUG12. Obturateur diaphysaire AIRPLUG 14 : PLUG14. Obturateur diaphysaire AIRPLUG 16 : PLUG16.			

Société SCIENCE & MEDECINE

Codes	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC	Date de fin de prise en charge
3238305 302B02	Biosem II – bovin	**55,15**	**55,15**	**15-09-2023**

Société TEKNIMED

Codes	Référence	TARIF (en € TTC)	PLV (en € TTC	Date de fin de prise en charge
3234141 302B02	Implant orthopédique, obturateur, TEKNIMED, CEMSTOP-PORCIN. Obturateur à ciment centro-médulaire, diaphysaire, biodégradable, d'origine porcine CEMSTOP-PORCIN de la société TEKNIMED. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Arthroplastie totale de la hanche : - coxopathie symptomatique ; - fractures cervicales vraies ; - certaines situations particulières de fractures extracervicales dans lesquelles l'arthroplastie de hanche peut être une alternative au traitement conservateur par ostéosynthèse (traitement de référence) ; - reprise de prothèse de hanche. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge doit être assurée dans la limite d'une unité par intervention. L'obturateur à ciment centro-médullaire doit être utilisé dans le cadre de la technique de cimentage moderne des tiges fémorales (lavage de la cavité osseuse, aspiration, obturation du fût diaphysaire). REFERENCES PRISES EN CHARGE CEMSTOP Ø 08 : T770008 CEMSTOP Ø 10 : T770010 CEMSTOP Ø 12 : T770012 CEMSTOP Ø 14 : T770014 CEMSTOP Ø 16 : T770016 CEMSTOP Ø 18 : T770018.	**55,15**	**55,15**	**31-03-2023**

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 ont reçu un avis favorable du groupe de sécurité microbiologique de la direction générale de la santé ou du groupe de sécurité virale de l'AFSSAPS ou bénéficié d'une autorisation des procédés telle que définie dans le décret n° 2002 – 1125 du 02-09-2002 (JO du 05-09-2002) dont la mise en application est en cours et
- qui sont distribués ou cédés par un établissement titulaire d'une autorisation prévue dans le décret n° 99 – 741 du 30-08-1999 (JO du 01-09-1999) et, le cas échéant, d'une autorisation d'importation prévue dans le décret n° 2000 – 156 du 23-02-2000 (JO du 27-02-2000).
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 :

Banques de tissus

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Fournisseurs étrangers / Banques importatrices

Contenu abrogé par l'arrêté de radiation du 16-02-2006 – JO du 28-02-2006 applicable au 01-03-2006.

Section 1. Greffons osseux – (allogreffes)

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 3 247,16 € que le (s) greffon (s) soient 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.

Sous-section 1 : Greffons osseux viro-inactivés

Paragraphe 1 :

Greffons osseux sous forme de poudre (granulométrie < 2 mm)

Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm^3 (< 2 cm^3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3314992	Allogreffe osseuse, poudre, < 2 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de poudre os spongieux, inférieur à 2 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : D205 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 0,5 cm3 / 0,2-0,5 mm D905 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 0,5 cm3 / 0,2-1,6 mm	**227,20**	**227,20**	**26-01-2026**

	D3005 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 0,5 cm3 / 0,5-2 mm D910 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 1 cm3 / 0,2-1,6 mm D3010 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 1 cm3 / 0,5-2 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse			

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3333104	Allogreffe osseuse, poudre, < 2 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de poudre d'os spongieux ou cortico-spongieux, volume inférieur à 2 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90031, 90035, 90051, 90055 : Poudre d'os 0,5 mm - 0,5 cm3 90032, 90036, 90052, 90056 : Poudre d'os 0,5 mm - 1 cm3 90041 : Poudre d'os 1 mm - 0,5 cm3 90042 : Poudre d'os 1 mm - 1 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**227,20**	**227,20**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en €	PLV au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3317861	Allogreffe osseuse, poudre Ostéopure, < 2 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de poudre d'os spongieux, cortical ou cortico-spongieux, volume inférieur à 2 cm3, de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ALDSPF0025 : ALLODYN DENTAL SP FINE 0,25 cc ALDSPF005 : ALLODYN DENTAL SP FINE 0,5 cc ALDSPF010 : ALLODYN DENTAL SP FINE 1 cc ALDSPF005J : ALLODYN DENTAL SP FINE 0,5 cc INJECT ALDSPF010J : ALLODYN DENTAL SP FINE 1 cc INJECT ALDSPS005 : ALLODYN DENTAL SP STANDARD 0,5 cc ALDSPS010 : ALLODYN DENTAL SP STANDARD 1 cc ALDCSF005 : ALLODYN DENTAL CS FINE 0,5 cc ALDCSF010 : ALLODYN DENTAL CS FINE 1 cc ALDCSF005J : ALLODYN DENTAL CS FINE 0,5 cc INJECT	**227,20**	**227,20**	**15-06-2025**

	ALDCSF010J : ALLODYN DENTAL CS FINE 1 cc INJECT ALDCT005 : ALLODYN DENTAL CT FINE 0,5cc ALDCT010 : ALLODYN DENTAL CT FINE 1 cc OPUPOSP05 : OSTEOPURE POUDRE SP 0,5 cm3 OPUPOCS05 : OSTEOPURE POUDRE CS 0,5 cm3 OPUPOSP1 : OSTEOPURE POUDRE SP 1 cm3 OPUPOCS10 : OSTEOPURE POUDRE CS 1 cm3 OPUFRF1 : OSTEOPURE FRAGMENTS FINS 1 cm3			

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3312088	Allogreffe osseuse, granules, <2cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de poudre d'os, volume inférieur à 2 cm3 de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: – GT3408/DD3408: Poudre d'os cortical 0,212-0,85 mm – GT3418/DD3418: Poudre d'os cortical 1-2 mm – GT2778/DD2778: Poudre d'os cortico spongieux 0,212-0,85 mm – GT2779/DD2779: Poudre d'os cortico spongieux 1-2 mm – GT3401/DD3401: Poudre d'os cortical 0.212-0.85 mm – GT3412/DD3412: Poudre d'os cortical 1-2 mm – GT3420/DD3420: Poudre d'os cortical 0.5-1mm – GT2770/DD2770: Poudre d'os cortico spongieux 0.212-0.85 mm – GT2775/DD2775: Poudre d'os cortico spongieux 1-2 mm	**227,20**	**227,20**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm^3 et inférieur à 4 cm^3 (> ou = 2 cm^3 et < 4 cm^3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3338685	Allogreffe osseuse, poudre, ≥ 2 cm3 et < 4 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de poudre os spongieux, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 4 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : D920 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 2 cm3 / 0,2-1,6 mm D3020 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 2 cm3 / 0,5-2 mm D936 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 3,6 cm3 / 0,2-1,6 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**340,80**	**340,80**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3399818	Allogreffe osseuse, poudre, ≥ 2 cm3 et < 4 cm3, BIOBANK, Supercrit.	**340,80**	**340,80**	**02-01-2025**

	Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de poudre d'os spongieux ou cortico-spongieux, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 4 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90033, 90037, 90053, 90057 : Poudre d'os 0,5 mm - 2 cm3 90043 : Poudre d'os 1 mm - 2 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.			

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3392590	Allogreffe osseuse, poudre Ostéopure, ≥ 2 cm³ et < 4cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de poudre d'os spongieux, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 4 cm3, de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ALDSPF020 : ALLODYN DENTAL SP FINE 2 cc ALDSPF020J : ALLODYN DENTAL SP FINE 2 cc INJECT ALDSPS020 : ALLODYN DENTAL SP STANDARD 2 cc OPUPOU2 : OSTEOPURE POUDRE 2 cm3 OPUFRF2 : OSTEOPURE FRAGMENTS FINS 2 cm3	**340,80**	**340,80**	**15-06-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3332056	Allogreffe osseuse, granules, ≥ 2 cm³ et < 4cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de poudre d'os, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 4 cm3,de la société NOVOMEDICS France . La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: – GT3407/DD3407: Poudre d'os cortical 0.212-0.85 mm – GT3414/DD3414: Poudre d'os cortical 1-2 mm – GT3421/DD3421: Poudre d'os cortical 0.5-1mm – GT2771/DD2771: Poudre d'os cortico spongieux 0.212-0.85 mm – GT2776/DD2776: Poudre d'os cortico spongieux 1-2 mm	**340,80**	**340,80**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 4 cm ^{3}(> ou = 4 cm^3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes		Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
	Nomenclature			
3346006	Allogreffe osseuse, poudre, ≥ 4 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de poudre os spongieux, volume supérieur ou égal à 4 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : D940 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 4 cm3 / 0,2-1,6 mm D3040 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 4 cm3 / 0,5-2 mm D955 : Poudre d'os spongieux PHOENIX 5,5 cm3 / 0,2-1,6 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3344830	Allogreffe osseuse, poudre, ≥ 4 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de poudre d'os spongieux ou cortico-spongieux, volume supérieur ou égal à 4 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90034, 90054 : Poudre d'os 0,5 mm - 4 cm3 90044 : Poudre d'os 1 mm - 4 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**454,40**	**454,40**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3301736	Allogreffe osseuse, poudre Ostéopure, ≥ 4 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de poudre d'os spongieux, volume supérieur ou égal à 4 cm3 de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE ALDSPS040 : ALLODYN DENTAL SP STANDARD 4 cm3 OPFRF16OCE : OSTEOPURE FRAGMENT FIN 16 cm3 OPUPOU4 : OSTEOPURE POUDRE 4 cm3 OPUFRF4 : OSTEOPURE FRAGMENTS FINS 4 cm3 OPFRF08OCE : OSTEOPURE FRAGMENT FIN 8 cm3	**454,40**	**454,40**	**15-06-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3378360	Allogreffe osseuse, granules, ≥ 4 cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de poudre d'os, volume supérieur ou égal à 4	**454,40**	**454,40**	**15-04-2024**

	cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: – GT3402/DD3402: Poudre d'os cortical 0.212-0.85 mm – GT3403/DD3403: Poudre d'os cortical 0.212-0.85 mm – GT3415/DD3415: Poudre d'os cortical 1-2 mm – GT3422/DD3422: Poudre d'os cortical 0.5-1mm – GT3772/DD3772: Poudre d'os cortico spongieux 0.212-0.85 mm – GT2777/DD2777: Poudre d'os cortico spongieux 1-2 mm			

Paragraphe 2

Greffons osseux sous forme de copeaux, granules, fragments, chips (granulométrie > 2 mm)

Greffons osseux pour un volume inférieur à 5 cm3 (< 5 cm3)

Etablissement français du sang (EFS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3376444	Allogreffe osseuse, copeaux, < 5 cm3, EFS, UTTCAL. Allogreffe osseuse viro inactivé selon le procédé UTTCAL de l'Etablissement Français du sang sous forme de copeaux, inférieur à 5 cm3. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : UTT01 La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.	**227,20**	**227,20**	**15-05-2022**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3369846	Allogreffe osseuse, granules, <5cm3, BIOBANK, Supercrit Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de granules, volume inférieur à 5 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90070 : Granules d'os spongieux 3 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**227,20**	**227,20**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3371435	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, <5cm3, OST DEVELOPPEMENT Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume inférieur à 5 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE OPUFRG4 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 4 cm3	**227,20**	**227,20**	**15-06-2025**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm^3et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm^3 et < 10 cm^3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3397080	Allogreffe osseuse, copeaux, ≥ 5 cm3 et < 10 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BS02 : Petits copeaux d'os spongieux PHOENIX 5 à 7 cm3 (< 3 mm) B02 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 5 à 7 cm3 B03 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 7 à 10 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**340,80**	**340,80**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3329775	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 5cm^3 et < 10cm^3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 5cm3 et inférieur à 10 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPFRG05OCE : OSTEOPURE FRAGMENT 5 cm3 OPUFRM6S : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS SERINGUE 6 cm3 OPUFRM6 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 6 cm3	**340,80**	**340,80**	**15-06-2025**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3379885	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, ≥ 5 cm3 et < 10 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :	**340,80**	**340,80**	**02-01-2025**

	90021 : Copeaux d'os spongieux 5 cm3 90071 : Granules d'os spongieux 5 cm3 90072, 90082 : Granules d'os spongieux 7 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.			

Etablissement français du sang (EFS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3337220	Allogreffe osseuse, copeaux, ≥ 5 et < 10 cm3, EFS, UTTCAL. Allogreffe osseuse viro inactivé selon le procédé UTTCAL de l'Etablissement français du sang sous forme de copeaux, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : UTT02 La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseus	**340,80**	**340,80**	**15-05-2022**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3393359	Allogreffe osseuse, chips spongieux, ≥ 5 cm³ et < 10 cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de chips spongieux, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse . La prise en charge est assurée pour les références suivantes: GT2801 / DD2801: chips spongieux 5 cm³ GT2850 / DD2850: chips spongieux 5 cm³ GT2761 / DD2761: chips cortico-spongieux 5 cm³ GT2741 / DD2741: chips cortico-spongieux (<1 cm)	**340,80**	**340,80**	**15-04-2024**
3303735	Allogreffe osseuse, fragments, ≥ 5 et < 10 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme de fragments, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO319FR ; LALO319FR ; FRLALO319FR : fragment spongieux 5 cm3 (2-5 mm) ALO305FR ; LALO305FR ; FRLALO305FR : fragment spongieux 5 cm3 (2-8 mm) ALO3026FR ; LALO326FR ; FRLALO326FR : fragment spongieux 5 cm3 (5-8 mm) La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse	**340,80**	**340,80**	**01-06-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge

3308069	Allogreffe osseuse, copeaux, ≥ 10 cm3 et < 15 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux : B04 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 10 à 15 cm3 BS04 : Petits copeaux d'os spongieux PHOENIX 10 à 15 cm3 (< 3 mm) La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**454,40**	**454,40**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3363447	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 10 cm³ et < 15cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPFRG10OCE : OSTEOPURE FRAGMENTS OPUFRM10S : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS SERINGUE 10 cm3 OPUFRM10 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 10 cm3	**454,40**	**454,40**	**15-06-2025**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3333601	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, ≥ 10 cm3 et < 15 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90022 : Copeaux d'os spongieux 10 cm3 90073 : Granules d'os spongieux 10 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**02-01-2025**

Etablissement Français du Sang (EFS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3372506	Allogreffe osseuse, copeaux, ≥ 10 cm3 et < 15 cm3, EFS, UTTCAL. Allogreffe osseuse viro inactivé selon le procédé UTTCAL de l'Etablissement Français du sang sous forme de copeaux, volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : UTT02 La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**15-05-2022**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDISC)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3316560	Allogreffe osseuse, chips spongieux, 10 cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de chips spongieux, volume égal à 10 cm³, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: GT2802 / DD2802: chips spongieux 10 cm³ GT2851 / DD2851: chips spongieux 10 cm3 GT2746 / DD2746: chips cortico-spongieux 10 cm3 GT2756 / DD2756: chips cortico-spongieux 10 cm3 GT2748 / DD2748: chips cortico-spongieux 10 cm3 GT2742 / DD2742: chips cortico-spongieux (<1 cm)	**454,40**	**454,40**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3 (> ou = 15 cm3 et < 20 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3341598	Allogreffe osseuse, copeaux, > ou = 15 cm3 et < 20 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BS05 : Petits copeaux d'os spongieux PHOENIX 15 à 20 cm3 (< 3 mm) B05 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 15 à 20 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**681,60**	**681,60**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3352219	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 15 cm³ et < 20 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPFRG17OCE : OSTEOPURE FRAGMENTS > 15 cm3 OPUFRM15 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 15 cm3 OPUFRM15S : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS SERINGUE 15 cm3	**681,60**	**681,60**	**15-06-2025**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3369125	Allogreffe osseuse, cop., gran., > ou = 15 cm3 et < 20 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de granules, volume supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90074, 90084 : Granules d'os spongieux 18 cm3 90025 : Copeaux d'os spongieux 15 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**681,60**	**681,60**	**02-01-2025**

Etablissement Français du Sang (EFS)

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3331915	Allogreffe osseuse, copeaux, > ou = 15 cm3 et < 20 cm3, EFS, UTTCAL. Allogreffe osseuse viro inactivé selon le procédé UTTCAL de l'Etablissement Français du sang sous forme de copeaux, granules volume supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : UTT03 La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse	**681,60**	**681,60**	**15-05-2022**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS

Codes	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3362063	Allogreffe osseuse, chips spongieux, 15 cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de chips spongieux, volume égal à 15 cm³, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: GT2804 / DD2804: chips spongieux 15 cm³ GT2852 / DD2852: chips spongieux 15 cm3 GT2747 / DD2747: chips cortico-spongieux 15 cm3 GT2757 / DD2757: chips cortico-spongieux 15 cm3 GT2749 / DD2749: chips cortico-spongieux 15 cm3 GT2744 / DD2744: chips cortico-spongieux (<1 cm)	**681,60**	**681,60**	**15-04-2024**
3342907	Allogreffe osseuse, fragments, ≥ 15 et < 20 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme de fragments spongieux, volume égal supérieur ou égal à 15 cm3 et inférieur à 20 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO315FR ; LALO315FR ; FRLALO315FR : fragment spongieux 15 cm3 (2-5 mm) ALO306FR ; LALO306FR ; FRLALO306FR : fragment spongieux 15 cm3 (2-8 mm) ALO316FR ; LALO316FR ; FRLALO316FR : fragment spongieux 15 cm3 (5-8 mm) ALO340FR ; LALO340FR ; FRLALO340FR : fragment spongieux 15 cm3 (2-8 mm) La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.	**681,60**	**681,60**	**01-06-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 20 cm3 et inférieur à 30 cm3 (> ou = 20 cm3 et < 30 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabili	Prix limite de vente au	Date de fin de prise en charge

		té en euros	public TTC en euros	
3349482	Allogreffe osseuse, copeaux, > ou = 20 cm3 et < 30 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, supérieur ou égal à 20 cm3 et inférieur à 30 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : B06 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 20 à 25 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**908,80**	**908,80**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3336189	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 20 cm³ et < 30 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 20 cm3 et inférieur à 30 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUFRM20 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 20 cm3 OPUFRM20S : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS SERINGUE 20 cm3 OPFRG25OCE : OSTEOPURE FRAGMENT 25 cm3 OPGFR25OCE : OSTEOPURE GROS FRAGMENT 25 cm3	**908,80**	**908,80**	**15-06-2025**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3331252	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > ou = 20 cm3 et < 30 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, volume supérieur ou égal à 20 cm3 et inférieur à 30 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90023 : Copeaux d'os spongieux 25 cm3 90075, 90085 : Granules d'os spongieux 25 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**908,80**	**908,80**	**02-01-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDISC)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3397469	Allogreffe osseuse, chips spongieux, 20 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de chips spongieux, volume égal à 20 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2805 / DD2805 : chips spongieux 20 cm3 GT2853 / DD2853: chips spongieux 20 cm3» La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**908,80**	**908,80**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3 (> ou = 30 cm3 et < 45 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3348962	Allogreffe osseuse, copeaux, > ou = 30 cm3 et < 45 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : B07 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX 30 à 35 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**1136,51**	**1136,51**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3315425	Allogreffe osseuse, granules, > ou = 30 cm3 et < 45 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de granules, volume supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90076 : Granules d'os spongieux 30 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	**1136,51**	**1136,51**	**02-01-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3332139	Allogreffe osseuse, chips spongieux, 30 cm³, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de chips spongieux, volume égal à 30 cm³, de la	**1136,00**	**1136,00**	**15-04-2024**

	société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: GT2803 / DD2803: chips spongieux 30 cm³ GT2854 / DD2854: chips spongieux 30 cm3 GT2750 / DD2750: chips cortico-spongieux 30 cm3 GT2758 / DD2758: chips cortico-spongieux 30 cm3 GT2753 / DD2753: chips cortico-spongieux 30 cm3 GT2743 / DD2743: chips cortico-spongieux (<1 cm)			
3351792	Allogreffe osseuse, fragments, >=30 et < 45 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme de fragments spongieux, volume supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO309FR ; LALO309FR ; FRLALO309FR : fragment spongieux 30 cm3 (2-5 mm) ALO307FR ; LALO307FR ; FRLALO307FR : fragment spongieux 30 cm3 (2-8 mm) ALO310FR ; LALO310FR ; FRLALO310FR : fragment spongieux 30 cm3 (5-8 mm) ALO341FR ; LALO341FR ; FRLALO341FR : fragment spongieux 30 cm3 (2-8 mm) La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	**1136,00**	**1136,00**	**01-06-2024**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3364263	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 30 cm³ et < 45 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 30 cm3 et inférieur à 45 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUFRM30 : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS 30 cm3 OPUFRM30S : OSTEOPURE FRAGMENTS MOYENS SERINGUE 30 cm3 OPUFRG30 : OSTEOPURE FRAGMENTS GROS 30 cm3	**1136,51**	**1136,51**	**15-06-2025**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 45 cm3 (> ou = 45 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3350976	Allogreffe osseuse, copeaux os spongieux, > ou = 45 cm3, TBF, PHOENIX.	**1363,20**	**1363,20**	**26-01-2026**

	Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme de copeaux os spongieux, supérieur ou égal à 45 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : B08 : Copeaux d'os spongieux PHOENIX > 45 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse			

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3324022	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > ou = 45 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, volume supérieur ou égal à 45 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90024 : Copeaux d'os spongieux > 45 cm3 90077 : Granules d'os spongieux > 45 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**1136,20**	**1136,20**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3359500	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, ≥ 45 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, granules, fragments, chips, (granulométrie > 2 mm) volume supérieur ou égal à 45 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPGFR45OCE : OSTEOPURE GROS FRAGMENT > 45 cm3 OPUFRG45 : OSTEOPURE FRAGMENTS GROS 45 cm3	**1363,20**	**1363,20**	**15-06-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3349192	Allogreffe osseuse, fragments, > ou = 45 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme de fragments spongieux, volume supérieur ou égal à 45 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO317FR ; LALO317FR ; FRLALO317FR : fragment spongieux 45 cm3 (2-5 mm) ALO308FR ; LALO308FR ; FRLALO308FR : fragment spongieux 45 cm3 (2-8 mm) ALO331FR ; LALO331FR ; FRLALO331FR : fragment spongieux 45 cm3 (5-8 mm) La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**1363,20**	**1363,20**	**01-06-2024**

3396576	Allogreffe osseuse, fragments, > ou = 45 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme de fragments spongieux, volume supérieur ou égal à 45 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: GT2751 / DD2751: chips spongieux 45 cm3 GT2752 / DD2752: chips spongieux 60 cm3 GT2759 / DD2759: chips spongieux 45 cm3 GT2760 / DD2760: chips spongieux 60 cm3 GT2754 / DD2754: chips spongieux 45 cm3 GT2755 / DD2755: chips spongieux 45 cm3	**1363,20**	**1363,20**	**15-04-2024**

Paragraphe 3

Greffons osseux sous forme géométrique simple (parallélépipédique)

Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm3 (< 2 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3345343	Allogreffe osseuse, géométrique simple, < 2 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique simple, inférieur à 2 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Blocs : CH5 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 5 x 8 x 10 mm CH6 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 6 x 8 x 10 mm CH7 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 7 x 8 x 10 mm Bâtonnet d'os spongieux : FC110 : 2 bâtonnets d'os cortico-spongieux 1 x 1 x 10 mm FC210 : 2 bâtonnets d'os cortico-spongieux 2 x 2 x 10 mm FC215 : 2 bâtonnets d'os cortico-spongieux 2 x 2 x 15 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**227,20**	**227,20**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge

3315773	Allogreffe osseuse, géométrique, bloc spongieux < 2 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique, volume inférieur à 2 cm3, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90010 : Bloc d'os spongieux 8x8x8 mm 900111 : Bloc d'os spongieux 10x10x6 mm 90006 : Bloc d'os spongieux 10x5x5 mm 900122 : Bloc d'os spongieux 20x10x5 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**227,20**	**227,20**	**02-01-2020**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3348867	Allogreffe osseuse, géométrique, < à 2 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique simple, inférieur à 2 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO406FR ; LALO406FR ; FRLALO406FR : bloc d'os spongieux 1 cm3 ALO402FR ; LALO402FR ; FRLALO402FR : bloc d'os cortico-spongieux 1 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**227,20**	**227,20**	**01-06-2024**
3348689	Allogreffe osseuse, géométrique, < à 2 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique simple; volume inférieur à 2 cm_3, de la société NOVOMEDICS France.» La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2601/ DD2601 : bloc spongieux 1 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**227,20**	**227,20**	**15-04-24**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3367362	Allogreffe osseuse, géométrique, Ostéopure, < 2 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique simple, inférieur à 2 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPB55301OCE : OSTEOPURE BAGUETTE 5x5x30 mm OPUBLC201 : OSTEOPURE BLOC 20x8x8 mm	**227,20**	**227,20**	**15-06-2025**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 (> ou = 2 cm3 et < 5 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3331111	.Allogreffe osseuse, géométrique simple, > ou = 2 cm3 et < 5 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Blocs : T04 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 10 x 20 x 20 mm Bâtonnet d'os spongieux : S02 : Bâtonnet d'os spongieux PHOENIX 20 x 10 x 10 mm S03 : Bâtonnet d'os spongieux PHOENIX 30 x 10 x 10 mm S04 : Bâtonnet d'os spongieux PHOENIX 40 x 10 x 10 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**340,80**	**340,80**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3383102	Allogreffe osseuse, géométrique, bloc spongieux > ou = 2 cm3 et < 5 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90012 : Bloc d'os spongieux 20x10x10 mm 900161 : Baguette d'os spongieux 5x5x25 mm (par 4) 900162 : Baguette d'os spongieux 5x5x35 mm (par 3) 900163 : Baguette d'os spongieux 6x6x30 mm (par 2) La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**340,80**	**340,80**	**02-01-2020**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3316258	Allogreffe osseuse, géométrique, Ostéopure, ≥ 2 cm3 et < 5 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE	**340,80**	**340,80**	**15-06-2025**

	La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUBLC202 : OSTEOPURE BLOC 20x10x10 mm OPBLC25OCE : OSTEOPURE BLOC 25x12x10 mm OPB5530OCE : OSTEOPURE BAGUETTES 5x5x30mm x4 OPUBLC304 : OSTEOPURE BLOC 30x15x10 mm			

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3308307	. Allogreffe osseuse, géom., > ou = à 2 et < à 5 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO409FR ; LALO409FR ; FRLALO409FR : bloc d'os spongieux 2 cm3 ALO403FR ; LALO403FR ; FRLALO403FR : bloc d'os cortico-spongieux 2 cm3 ALO400FR ; LALO400FR ; FRLALO400FR : bloc d'os spongieux 3 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**340,80**	**340,80**	**01-06-2024**
3380233	Allogreffe osseuse, géom., > ou = à 2 et < à 5 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 2 cm_3 et inférieur à 5 cm_3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2609 / DD2609 : bloc spongieux 3 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**340,80**	**340,80**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm3 et < 10 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3375798	Allogreffe osseuse, géométrique simple, > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Blocs : T24 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 20 x 20 x 20 mm Bâtonnet d'os spongieux : SX02 : 4 bâtonnets d'os spongieux PHOENIX 20 x 10 x 10 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**26-01-2026**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de	Prix limite	Date de fin de prise

		responsabilité en euros	de vente au public TTC en euros	en charge
3360578	Allogreffe osseuse, géométrique, bloc spongieux > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90011 : Bloc d'os spongieux 30x20x10 mm 90007 : Bloc d'os spongieux 30x15x15 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**02-01-2020**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3341960	Allogreffe osseuse, géométrique, > ou =5 et < 10 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO401FR ; LALO401FR ; FRLALO401FR : bloc d'os spongieux 6,75 cm3 ALO416FR ; LALO416FR ; FRLALO416FR : bloc d'os spongieux 6,00 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**01-06-2024**
3314673	Allogreffe osseuse, géométrique, > ou = 5 et < 10 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2604 / DD2604 : bloc spongieux 9 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**454,40**	**454,40**	**15-04-2024**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3316376	Allogreffe osseuse, géométrique, Ostéopure, ≥ 5 cm3 et < 10 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :	**454,40**	**454,40**	**15-06-2025**

	- comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUBLC255 : OSTEOPURE BLOC 25x15x15 mm OPUBLC306 : OSTEOPURE BLOC 30x15x15 mm OPUBLC2570 : OSTEOPURE BLOC 25x20x15 mm			

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3323175	Allogreffe osseuse, géométrique simple, > ou = 10 cm3 et < 15 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Bloc : T01 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 20 x 20 x 30 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**681,60**	**681,60**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3309070	Allogreffe osseuse, géométrique, Ostéopure, ≥ 10 cm3 et < 15 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPBLC30OCE : OSTEOPURE BLOC 30x25x15 mm OPPII15OCE : OSTEOPURE TRANCHE < 15 cm3 OPUBLC3516 : OSTEOPURE 35x22x16 mm	**681,60**	**681,60**	**15-06-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3388068	Allogreffe osseuse, géom., > ou = 10 et < à 15 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO325FR ; LALO325FR ; FRLALO325FR : cube spongieux 10 cm3	**681,60**	**681,60**	**01-06-2024**

	La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse			
3379632	Allogreffe osseuse géom., > ou = 10 et < à 15 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 10 cm_3 et inférieur à 15 cm_3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2600 / DD2600 : bloc spongieux 12 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**681,60**	**681,60**	**15-04-2024**

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3334523	Allogreffe osseuse, géométrique, > ou = 10 cm3 et < à 15 cm3, BIOBANK, Supercrit Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90008 : Bloc d'os spongieux 30x30x15 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**681,60**	**681,60**	**02-01-2025**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 (> ou = 15 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3353800	Allogreffe osseuse, géométrique simple, > ou = 15 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique, supérieur ou égal à 15 cm3 de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T06 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 22 x 22 x 32 mm SX04 : 4 bâtonnets d'os spongieux PHOENIX 40 x 10 x 10 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**795,20**	**795,20**	**26-01-2026**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3363401	Allogreffe osseuse, géométrique, Ostéopure, ≥ 15 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique simple, supérieur ou égal à 15 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPPIT15OCE : OSTEOPURE TRANCHE > 15 cm3 OPUBLC3517 : OSTEOPURE 35x27x17 mm	**795,20**	**795,20**	**15-06-2025**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3345248	Allogreffe osseuse, géométrique, > à 15 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique simple, supérieur à 15 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO314FR ; LALO314FR ; FRLALO314FR : cube spongieux 20 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**795,20**	**795,20**	**01-06-2024**
3338308	Allogreffe osseuse, géométrique, > à 15 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique simple, volume supérieur ou égal à 15 cm_{33}, de la société NOVOMEDICS France La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2605 / DD2605 : bloc spongieux 15 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**795,20**	**795,20**	**15-04-2024**

Paragraphe 4

Greffons osseux sous forme géométrique complexe (anneau, cheville, coin, cylindre, disque, plaquette, sphère)

Greffons osseux pour un volume inférieur à 2 cm3 (< 2 cm3)

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3353911	Allogreffe osseuse, complexe, < 2 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique complexe, volume inférieur à 2 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :	**340,80**	**340,80**	**02-01-2025**

	90063 : Plaquette osseuse 12x10 mm 90064 : Plaquette osseuse 18x10 mm 90065 : Plaquette osseuse 15x10x4 mm 90066 : Plaquette osseuse 22x12x4 mm 90067, 90068 : Plaquette osseuse pré-adaptée entre 15x10x4 mm et 40x15x10xmm 900909 : Cheville d'os spongieux 28x9 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.			

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3345774	Allogreffe osseuse, complexe, < 2 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique complexe inférieur à 2 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Disques d'os spongieux : CP8 : Disque d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 8 mm CP10 : Disque d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 10 mm CP12 : Disque d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 12 mm CP14 : Disque d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 14 mm CP16 : Disque d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 16 mm CP214 : 2 disques d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 14 mm LC15 : Bloc d'os cortico spongieux PHOENIX 15 x 10 x 1,5 mm LC12 : Bloc d'os cortico spongieux PHOENIX 12 x 8 x 1,5 mm DL15 : Bloc d'os cortico spongieux PHOENIX 15 x 10 x 5 mm DL20 : Bloc d'os cortico spongieux PHOENIX 20 x 10 x 5 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**340,80**	**340,80**	**26-01-2026**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3350249	Allogreffe osseuse, complexe, < à 2 cm3 NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique complexe, inférieur à 2 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO423FR ; LALO423FR ; FRLALO423FR : cylindre d'os spongieux 1,57 cm3	**340,80**	**340,80**	**01-06-2024**

	La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.			
3388499	Allogreffe osseuse, complexe, < à 2 cm3 NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique complexe, volume inférieur à 2 cm3 de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse . La prise en charge est assurée pour les références suivantes: – GT2745/ DD2745: Coin cortico spongieux 10x10x15 mm Forme J – GT2765/ DD2765: Coin cortico spongieux 15x 20 mm Forme C	**340,80**	**340,80**	**15-04-2024**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3317648	Allogreffe osseuse, complexe, Ostéopure, < 2 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique complexe, inférieur à 2 cm3, spongieux, cortical ou cortico-spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUMCO20 : OSTEOPURE COIN MDB 20/8 ALLECS-010 : ALLODYN EXPAND CS ALLECT-010 : ALLODYN EXPAND CT OPUCND1 : OSTEOPURE CONNECT D1 OPUCND2 : OSTEOPURE CONNECT D2 OPUCND3 : OSTEOPURE CONNECT D3 OPUCNA1 : OSTEOPURE CONNECT A1 OPUCNA2 : OSTEOPURE CONNECT A2 OPUCNA3 : OSTEOPURE CONNECT A3 OPUACORT14 : OSTEOPURE 1/4 D'ANNEAU CORTICAL	**340,80**	**340,80**	**15-06-2025**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 (> ou = 2 cm3 et < 5 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3355778	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 2 cm3 et < 5 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique complexe supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Coin d'os spongieux : W06 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 6 mm WE06 : Coin d'os spongieux PHOENIX avec un trou central de 8,5 mm de diamètre hauteur 6 mm W07 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 7 mm Disques d'os spongieux :	**454,40**	**454,40**	**26-01-2026**

	CP314 : 3 disques d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 14 mm CP414 : 4 disques d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 14 mm CP416 : 4 disques d'os spongieux PHOENIX épaisseur 5 mm, diamètre 16 mm Cylindres d'os spongieux : Z08 : Cylindre avec fente d'os spongieux PHOENIX 30 x diamètre 8 mm Z10 : Cylindre avec fente d'os spongieux PHOENIX 30 x diamètre 10 mm Z12 : Cylindre avec fente d'os spongieux PHOENIX 30 x diamètre 12 mm Z14 : Cylindre avec fente d'os spongieux PHOENIX 30 x diamètre 14 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.			

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3337007	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 2 cm3 et < 5 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique complexe, volume supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90019 : Coin osseux 6 mm - 6° 900910 : Cheville d'os spongieux 28x10 mm 900911 : Cheville d'os spongieux 28x11 mm 900912 : Cheville d'os spongieux 28x12 mm 900913 : Cheville d'os spongieux 28x13 mm 900914 : Cheville d'os spongieux 28x14 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3338870	Allogreffe osseuse, complexe, Ostéopure, ≥ 2 cm3 et < 5 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3, spongieux ou cortical de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUCOR8 : OSTEOPURE COIN H8	**454,40**	**454,40**	**15-06-2025**

	OPCS88OCE : OSTEOPURE COIN S8 ANGLE 8 OPDISQ5OCE : OSTEOPURE DISQUE FERMETURE Ø14x5mm x 4 OPBCH48OCE : OSTEOPURE BAGUETTES 5x5x48mm x2 OPUCOPE5 : OSTEOPURE EVANS 5 OPUCOPE8 : OSTEOPURE EVANS 8 OPUCOPE10 : OSTEOPURE EVANS 10 OPUCOPC7 : OSTEOPURE COTTON 7 OPUCOPC8 : OSTEOPURE COTTON 8 OPUCOPL5 : OSTEOPURE LAPIDUS 5 OPUCOPL8 : OSTEOPURE LAPIDUS 8 OPUCOPL10 : OSTEOPURE LAPIDUS 10 OPUCOPL12 : OSTEOPURE LAPIDUS 12 OPUCOPL14 : OSTEOPURE LAPIDUS 14 OPUCOPM195 : OSTEOPURE META 19/5 OPUCOPM198 : OSTEOPURE META 19/8 OPUCOPM1910 : OSTEOPURE META 19/10 OPUCOPM215 : OSTEOPURE META 21/5 OPUCOPM218 : OSTEOPURE META 21/8 OPUCOPM2110 : OSTEOPURE META 21/10 OPUCOPT10 : OSTEOPURE TALUS 10 OPUCOPT12 : OSTEOPURE TALUS 12 OPUCOPT14 : OSTEOPURE TALUS 14 OPUCOPT16 : OSTEOPURE TALUS 16 OPUCOCA8 : OSTEOPURE CALCANEUS 8 OPUCOCA10 : OSTEOPURE CALCANEUS 10 OPUCOCA12 : OSTEOPURE CALCANEUS 12 OPU RSAL0 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 0° OPURSAL6 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 6° OPURSAL12 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 12° OPURSAM0 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 0° OPURSAM6 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 6° OPURSAM12 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 12° OPURSAM18 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 18° OPURSAS0 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 0° OPURSAS6 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 6° OPURSAS12 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 12° OPURSAS18 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 18° OPURSAS24 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 24° OPURSAS30 : OSTEOPURE PLATINE RSA SMALL 30° OPUCN2D1 : OSTEOPURE CONNECT D1 x2 OPUCN2D2 : OSTEOPURE CONNECT D2 x2 OPUCN2D3 : OSTEOPURE CONNECT D3 x2 OPUCN2A1 : OSTEOPURE CONNECT A1 x2 OPUCN2A2 : OSTEOPURE CONNECT A2 x2 OPUCN2A3 : OSTEOPURE CONNECT A3 x2 OPUCHE1 : OSTEOPURE LCA 1 OPUCHE2 : OSTEOPURE LCA 2 OPUCHE3 : OSTEOPURE LCA 3 OPUCHE4 : OSTEOPURE LCA 4 OPUCHE5 : OSTEOPURE LCA 5 OPUACOR T12 : OSTEOPURE DEMI-ANNEAU CORTICAL			

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3335675	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 2 et < à 5 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 2 cm3 et inférieur à 5 cm3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO424FR ; LALO424FR ; FRLALO424FR : cylindre d'os spongieux 2,36 cm3 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**454,40**	**454,40**	**01-06-2024**
3313372	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 2 et < à 5 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 2 cm_3 et inférieur à 5 cm_3, de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT2001 / DD2001 : coin spongieux 22.5° GT2606 / DD2606: cylindre spongieux 2,35 cm_3, GT2610 / DD2610: cylindre spongieux 3,40 cm_3» La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**454,40**	**454,40**	**15-04-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 (> ou = 5 cm3 et < 10 cm3)

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3306449	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique complexe supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : WT06 : Coin d'os spongieux PHOENIX 35 x 34 mm hauteur 6 mm W08 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 8 mm WT08 : Coin d'os spongieux PHOENIX 35 x 34 mm hauteur 8 mm W09 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 9 mm W10 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 10 mm WT10 : Coin d'os spongieux PHOENIX 35 x 34 mm hauteur 10 mm W12 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 12 mm WT12 : Coin d'os spongieux PHOENIX 35 x 34 mm hauteur 12 mm	**568**	**568**	**26-01-2026**

	W14 : Coin d'os spongieux PHOENIX 32 x 30 mm hauteur 14 mm Anneaux cortico-spongieux : R01 : Anneau d'os cortico-spongieux PHOENIX R02 : Anneau d'os cortico-spongieux PHOENIX Cylindres d'os spongieux : Z20 : Cylindre avec fente d'os spongieux PHOENIX 30 x diamètre 20 mm WE08 : Coin d'os spongieux PHOENIX avec un trou central de 8,5 mm de diamètre, Hauteur 8 mm ; WE10 : Coin d'os spongieux PHOENIX avec un trou central de 8,5 mm de diamètre, Hauteur 10 mm ; WE12 : Coin d'os spongieux PHOENIX avec un trou central de 8,5 mm de diamètre, hauteur 12 mm ; WS08 : tranche d'os spongieux de 8 mm d'épaisseur avec un trou central de 8,5 mm de diamètre ; WS10 : tranche d'os spongieux de 10 mm d'épaisseur avec un trou central de 8,5 mm de diamètre ; G323 : Tiers de cylindre creux d'os spongieux de 3 cm de haut et 3 cm de diamètre La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.			

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3322537	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique complexe, volume supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90015 : Coin osseux 8 mm - 8° 90016 : Coin osseux 10 mm - 10° 90017 : Coin osseux 12 mm - 12° 90018 : Coin osseux 14 mm - 14° 900151 : Disque d'os spongieux 29x8 mm 900152 : Disque d'os spongieux 29x10 mm 900153 : Disque d'os spongieux 29x12 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse	**568,00**	**568,00**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3324387	Allogreffe osseuse, complexe, Ostéopure, ≥ 5 cm3 et < 10 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, spongieux ou cortical de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPPIANNOCE : OSTEOPURE COL 1/2 ANN CORTICAL OPCS1012OCE : OSTEOPURE COIN S10 ANGLE 12° OPCM86OCE : OSTEOPURE COIN M8 ANGLE 6° OPCM98OCE : OSTEOPURE COIN M9 ANGLE 8° OPCM1010OCE : OSTEOPURE COIN M10 ANGLE 10°	**568,00**	**568,00**	**15-06-2025**

	OPCM1112OCE : OSTEOPURE COIN M11 ANGLE 12° OPPIC10OCE : OSTEOPURE COIN L10 ANGLE 6° OPPLATIOCE : OSTEOPURE COIN RSA 29mm 6° OPUBCH4888 : OSTEOPURE BAGUETTES CHANFREINEES 8x8x48 mm OPUCOPE12 : OSTEOPURE EVANS 12 OPUCOPM1915 : OSTEOPURE META 19/15 OPUCOPM1920 : OSTEOPURE META 19/20 OPUCOPT18 : OSTEOPURE TALUS 18 OPUCOCA14 : OSTEOPURE CALCANEUS 14 OPUCOCA16 : OSTEOPURE CALCANEUS 16 OPUCOCA18 : OSTEOPURE CALCANEUS 18 OPURSAL18 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 18° OPURSAL24 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 24° OPURSAL30 : OSTEOPURE PLATINE RSA LARGE 30° OPURSAM24 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 24° OPURSAM30 : OSTEOPURE PLATINE RSA MEDIUM 30° OPUCOT8 : OSTEOPURE COIN T8 OPUCOT9 : OSTEOPURE COIN T9 OPUCOT10 : OSTEOPURE COIN T10 OPUCOT11 : OSTEOPURE COIN T11 OPUCOT12 : OSTEOPURE COIN T12 OPUCOT13 : OSTEOPURE COIN T13 OPUCOT14 : OSTEOPURE COIN T14			

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3306627	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3, de la société NOVOMEDICS France. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : • comblement de perte de substance osseuse, RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LALO460FR : coin d'os cortico-spongieux 7°, petit	**568,00**	**568,00**	**01-06-2024**
3361715	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 5 cm3 et < 10 cm3, NOVOMEDICS, DIZG Allogreffe osseuse traitée par procédé DIZG sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 5 cm3 et inférieur à 10 cm3 de la société NOVOMEDICS . La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes:	**568,00**	**568,00**	**15-04-2024**

	GT2002 / DD2002: coin spongieux 45° GT2607/ DD2607: cylindre spongieux 5,30 cm3 GT2608/ DD2608: cylindre spongieux 6,28 cm3 GT2727/ DD2727: Coin cortico-spongieux 25-30 x 15 x 15 mm 6,75 cm3			

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 (> ou = 10 cm3 et < 15 cm3)

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3321940	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 10 cm3 et < 15 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique complexe, volume supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90013 : Disque d'os spongieux 40x10 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**795,20**	**795,20**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3381617	Allogreffe osseuse, complexe, Ostéopure, ≥ 10 cm3 et < 15 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUCOT15 : OSTEOPURE COIN T15 OPUCOT16 : OSTEOPURE COIN T16 OPPIC15OCE : OSTEOPURE COIN L15 ANGLE 10°	**795,20**	**795,20**	**15-06-2025**

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3387809	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 10 cm3 et < 15 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique complexe supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T11 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 20 x 20 x 30-32 mm (avec dôme) WT14 : Coin d'os spongieux PHOENIX 34 x 35 mm hauteur 14 mm	**795,20**	**795,40**	**26-01-2026**

Société NOVOMEDICS France(NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3395855	Allogreffe osseuse, complexe, >= 10 et < à 15 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 10 cm3 et inférieur à 15 cm3, de la société NOVOMEDICS France. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : • comblement de perte de substance osseuse, RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ALO410FR ; LALO410FR ; FRLALO410FR : coin d'os cortico-spongieux 15° LALO463FR ; FRLALO463FR : coin d'os cortico-spongieux 10°	**795,20**	**795,20**	**01-06-2024**

Greffons osseux pour un volume supérieur ou égal à 15 cm3 (> ou = 15 cm3)

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3320395	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 15 cm3, BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique complexe, volume supérieur ou égal à 15 cm3 de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 90014 : Disque d'os spongieux 40x15 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**908,80**	**908,80**	**02-01-2025**

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3350166	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 15 cm3, TBF, PHOENIX. Allogreffe osseuse traitée par procédé PHOENIX sous forme géométrique complexe supérieur ou égal à 15 cm3, de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T16 : Bloc d'os spongieux PHOENIX 22 x 22 x 32-34 mm (avec dôme)	**908,80**	**908,80**	**26-01-2026**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3394353	Allogreffe osseuse, complexe, > ou = 15 cm3, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Allogreffe osseuse traitée par procédé C+TBA ALLOTEC sous forme géométrique complexe, volume supérieur ou égal à 15 cm3, de la société NOVOMEDICS France. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : • comblement de perte de substance osseuse, RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LALO462FR ; FRLALO462FR : coin d'os cortico-spongieux 7°, grand LALO465FR ; FRLALO465FR : coin d'os cortico-spongieux 10°, grand LALO466FR ; FRLALO466FR : coin d'os cortico-spongieux 13°, petit LALO468FR ; FRLALO468FR : coin d'os cortico-spongieux 13°, grand LALO469FR ; FRLALO469FR : coin d'os cortico-spongieux 16°, petit LALO470FR ; FRLALO470FR : coin d'os cortico-spongieux 16°, grand	**908,80**	**908,80**	**01-06-2024**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3318458	Allogreffe osseuse, complexe, Ostéopure, ≥ 15 cm3, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme géométrique complexe, supérieur ou égal à 15 cm3, spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUCOB15 : OSTEOPURE COIN B15	**908,80**	**908,80**	**15-06-2025**

Paragraphe 5

Têtes fémorales (complètes ou incomplètes) ou hémitêtes

Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 90001, 90004 La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**1136,51**	**1136,51**	**02-01-2025**

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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 TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : T08 : Tête fémorale complète PHOENIX ≥ 40 mm T18 : Tête fémorale complète PHOENIX > 40 mm col > 8 mm 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. Le prélèvement des têtes fémorales complètes ou de 2 hémitêtes avec col est réalisé sur donneur vivant	**1136,51**	**1136,51**	**26-01-2026**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3332636	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, NOVOMEDICS, DIZG Tête fémorale complète traitée par procédé DIZG de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : GT1800 / DD1800 : tête fémorale complète La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**1136,00**	**1136,00**	**15-04-2024**
3308810	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Tête fémorale complète traitée par procédé C+TBA ALLOTEC de la société NOVOMEDICS France. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : • comblement de perte de substance osseuse, RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LALO448FR ; FRLALO448FR : Tête fémorale complète	**1136,51**	**1136,51**	**01-06-2024**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge

3358200	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT. Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col, traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique, cortico-spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPUHT2C : OSTEOPURE 2 Hémi-têtes fémorales avec col	**1136,51**	**1136,51**	**15-06-2025**

Tête fémorale incomplète ou hémitête

Société BIOBANK

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3383384	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, BIOBANK, Supercrit. Tête fémorale incomplète ou hémitête traitée par procédé Supercrit de la société BIOBANK. REFERENCES PRISES EN CHARGE : 90002, 90003, 90005 et 90009. La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse.	**908,80**	**908,80**	**02-01-2025**

Société OST DEVELOPPEMENT SAS

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3372989	Tête fémorale, donneur vivant, incomplète, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT. Tête fémorale incomplète traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique, cortico-spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPPITTIOCE : OSTEOPURE TETE INCOMPLETE OPTTIEVOCE : OSTEOPURE TETE INCOMPLETE EVIDEE	**908,80**	**908,80**	**15-06-2025**
3309761	Tête fémorale, donneur vivant, hémitête, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT. Hémitête traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique + une demi tranche, cortico-spongieux de la société OST DEVELOPPEMENT. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - comblement de perte de substance osseuse REFERENCES PRISES EN CHARGE OPPIHEMOCE : OSTEOPURE HEMI-TETE OPUHT1C : OSTEOPURE HEMI-TETE AVEC COL OPDEMITOCE : OSTEOPURE DEMI-TETES	**908,80**	**908,80**	**15-06-2025**

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3309809	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, TBF, PHOENIX. Tête fémorale incomplète ou hémitête, avec ou sans col, traitée par procédé PHOENIX de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : T05 : Hémi-tête fémorale PHOENIX avec col ≥ 8 mm T15 : Hémi-tête fémorale PHOENIX avec col < 8 mm T07 : Tête fémorale sans col PHOENIX T09 : Tête fémorale incomplète PHOENIX < 40 mm T45 : Quart de tête fémorale PHOENIX 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.	**908,80**	**908,80**	**26-01-2026**

Etablissement français du sang (EFS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3375120	Tête fémorale, donneur vivant, hémitête, EFS, UTTCAL. Hémitête fémorale lyophilisée prélevée sur donneur vivant, viro inactivé selon le procédé UTTCAL de l'Etablissement français du sang. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : UTT04 La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.	**908,80**	**908,80**	**15-05-2022**

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3361862	fémorale, incomplète ou hémitête, NOVOMEDICS, C+TBA ALLOTEC Tête fémorale incomplète ou hémitête, avec ou sans col, traitée par procédé C+TBA ALLOTEC de la	**908,80**	**908,80**	**15-04-2024**

	société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ALO440FR ; LALO440FR ; FRLALO440FR : hémitête fémorale d'os spongieux (diam. < 4,5 cm) ALO444FR ; LALO444FR ; FRLALO444FR : hémitête fémorale d'os spongieux (diam. > 4,5 cm) ALO446FR ; LALO446FR ; FRLALO446FR : tête fémorale - coupe longitudinale d'os spongieux (sans col) ALO447FR ; LALO447FR ; FRLALO447FR : tête fémorale - coupe longitudinale d'os spongieux (avec col) La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.			
3320107	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, NOVOMEDICS, DIZG Hémi-tête fémorale complète ou incomplète traitée par procédé DIZG de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : GT1902 / DD1902 : hémi-tête fémorale La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**908,80**	**908,80**	**15-04-2024**

Paragraphe 6

Têtes humérales

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Société TBF Génie Tissulaire (TBF)

Codes	Nomenclature	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3336479	Tête humérale, complète, TBF, PHOENIX. Tête humérale complète traitée par procédé PHOENIX de la société TBF Génie Tissulaire. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : H08 : Tête humérale PHOENIX La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 % Le prélèvement des têtes humérales complètes est réalisé sur donneur vivant.	**1136,51**	**1136,51**	**26-01-2026**

Paragraphe 7

Crêtes iliaques bicorticales ou tricorticales

Société NOVOMEDICS France (NOVOMEDICS)

Codes	Nomenclature	Tarif de Nomenclature	Prix limite de vente au public TTC	Date de fin de prise en charge

		responsabilité en euros	en euros	
3370000	Crête iliaque bi ou tricorticale, NOVOMEDICS, DIZG Crête iliaque bicorticale ou tricorticale donneur décédé, traitée par procédé DIZG de la société NOVOMEDICS France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DD2706 : crête iliaque bicorticale 20 x 40 mm DD2710 : crête iliaque bicorticale 20 x 60 mm DD2716 : crête iliaque tricorticale 20 x 40 mm DD2720 : crête iliaque tricorticale 20 x 60 mm DD2722 : crête iliaque tricorticale 40 x 20 mm DD2723 : crête iliaque tricorticale 60 x 20 mm La prise en charge est assurée dans le comblement de perte de substance osseuse,	**960,43**	**960,43**	**15-04-2024**

Sous-section 2

Greffons osseux cryoconservés

Paragraphe 1

Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Codes	BANQUES DE TISSUS	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3324625	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, TOURS. EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**1077,16**	**1077,16**	**01-01-2008**
3326044	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, MARSEILLE. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille.	**1077,16**	**1077,16**	**01-01-2008**
3370016	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CLERMONT-FERRAND. Ostéo Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand.	**1082,39**	**1082,39**	**01-01-2008**
3348755	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, LYON. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon.	**1077,16**	**1077,16**	**01-01-2008**
3362809	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU MONTPELLIER.	**1082,39**	**1082,39**	**01-01-2008**

3344409	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU DE NANCY	1077,16	1077,16	01-01-2008
3355293	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU DE NANTES	1082,39	1082,39	01-01-2008
3366279	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, BORDEAUX. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux.	1077,16	1077,16	01-01-2008
3380931	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU DE TOULOUSE	1082,39	1082,39	01-01-2008
3379276	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, COCHIN PARIS. AP-HP Cochin/Paris.	1082,39	1082,39	01-01-2008
3339070	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, SAINT-LOUIS PARIS. AP-HP, Saint-Louis/Paris.	1077,16	1077,16	01-01-2008
3370335	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CLAMART. CTSA de Clamart.	1082,39	1082,39	01-01-2008
3334871	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, ILE-DE-FRANCE. EFS Ile-de-France.	1077,16	1077,16	01-01-2008

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Codes		Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3305390	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, BRUXELLES, MTPLIER. Banque Universitaire de Bruxelles, CHU de Montpellier.	1082,39	1082,39	01-01-2008
3369272	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, BRUXELLES, NANCY. Banque Universitaire de Bruxelles, CHU de Nancy.	1077,16	1077,16	01-01-2008
3398517	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, BRUXELLES, COCHIN. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP Cochin/Paris.	1082,39	1082,39	01-01-2008
3364990	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, BRUXELLES, SAINT-LOUIS. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP Saint-Louis/Paris.	1077,16	1077,16	01-01-2008

Paragraphe 2

Tête fémorale incomplète ou hémitête

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Codes	BANQUES DE TISSUS	Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3375634	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, MARSEILLE. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille.	1077,16	1077,16	01-01-2008
3306515	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, CLERMONT-FERRAND. Ostéo Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand.	960,43	960,43	01-01-2008

3302492	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, NANCY. CHU de Nancy.	**1 077,16**	**1077,16**	**01-01-2008**
3383361	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, NANTES. CHU de Nantes.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3356134	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, COCHIN PARIS. AP-HP, Cochin/Paris.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3325056	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, SAINT-LOUIS PARIS. AP-HP, Saint-Louis/Paris.	**1077,16**	**1077,16**	**01-01-2008**

Paragraphe 3

Fragments osseux prélevés sur donneurs décédés (tête fémorale, tête humérale, crête iliaque, os spongieux, fragments divers) et os anatomiques du pied ou de la main (calcanéum, astragale)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Société OSTÉOBANQUE D'AUVERGNE

Codes	Nomenclature	**Tarif de responsabilité en €**	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3354767	Fragments osseux, donneurs décédés, OSTEOBANQUE D'AUVERGNE. Allogreffe osseuse cryoconservée sous forme fragments osseux de radius, cubitus, péroné, calcanéum et os iliaque (avec ou sans extensions ligamentaires et articulaires) de donneurs décédés, de la société OSTEOBANQUE D'AUVERGNE. INDICATIONS : Comblement de perte de substance osseuse. Les allogreffes osseuses cryoconservées sont indiquées dans le cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Les os massifs sont utilisés majoritairement pour greffe structurale. MODALITES D'UTILISATION : Avant son utilisation, le greffon doit être décongelé pendant au moins 20 min dans une solution stérile de chlorure de sodium 0,9% (15-25°C).	**960,43**	**960,43**	**01-10-2021**

Codes	BANQUES DE TISSUS	**Tarif de responsabilité en €**	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3394519	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, CHU DE NANTES	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**

3303445	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, TOURS. EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3321124	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, POITIERS. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3341428	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, POITIERS. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3318286	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, MARSEILLE. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3378555	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, BORDEAUX. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3319630	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, LYON. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3333883	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, COCHIN PARIS. AP-HP, Cochin/Paris.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Codes	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en €	Date de fin de prise en charge
3320840	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, BRUXELLES, SAINT-LOUIS. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP Saint-Louis/Paris	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3382835	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, BRUXELLES, TOURS. Banque Universitaire de Bruxelles, EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3322827	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, BRUXELLES, LYON. Banque Universitaire de Bruxelles, EFS Rhône-Alpes, site de Lyon.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3328818	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, BRUXELLES, COCHIN. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP Cochin/Paris.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3349571	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, RIT, TOURS. RTI, EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3344119	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, RTI, IDF. RTI, EFS Ile-de-France.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3342534	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, RTI, MARSEILLE. RTI, EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**
3322402	Fragment osseux, donneurs décédés, os anatomiques pied main, RTI, LYON. RTI, EFS Rhône-Alpes, site de Lyon.	**960,43**	**960,43**	**01-01-2008**

Paragraphe 4

Os long prélevé sur donneurs décédés (distal, proximal ou intercalcaire) 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 :

Banques de tissus

Codes	BANQUES DE TISSUS	**Tarif de responsabilité en €**	Prix limite de vente au public TTC	Date de fin de prise en charge

			en €	
3304440	Os long, donneurs décédés, AP-HP, SAINT-LOUIS PARIS.	**1859,88**	**1859,88**	**01-01-2008**
3384136	Os long, donneurs décédés, CHU DE NANCY.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3332808	Os long, donneurs décédés, TOURS. EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3343574	Os long, donneurs décédés, POITIERS. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3312504	Os long, donneurs décédés, ILE-DE-FRANCE. EFS Ile-de-France.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3305125	Os long, donneurs décédés, MARSEILLE. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3338857	Os long, donneurs décédés, BORDEAUX. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3375976	Os long, donneurs décédés, REIMS. EFS Nord de France, site de Reims.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3306372	Os long, donneurs décédés, LYON. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3372713	Os long, donneurs décédés, AP-HP, COCHIN PARIS.	**1859,88**	**1859,88**	**01-01-2008**

Société OSTÉOBANQUE D'AUVERGNE

Codes	Nomenclature	**Tarif en euros**	PLV au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3308365	Os longs, donneurs décédés, OSTEOBANQUE D'AUVERGNE. Allogreffe osseuse cryoconservée sous forme d'os longs entiers ou coupés d'humérus, fémur et tibia (avec ou sans extensions ligamentaires et articulaires) de donneurs décédés, de la société OSTEOBANQUE D'AUVERGNE. INDICATIONS : Comblement de perte de substance osseuse. Les allogreffes osseuses cryoconservées sont indiquées dans le cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Les os massifs sont utilisés majoritairement pour greffe structurale. MODALITES D'UTILISATION : Avant son utilisation, le greffon doit être décongelé pendant au moins 20 min dans une solution stérile de chlorure de sodium 0,9% (15-25°C).	**1475,95**	**1475,95**	**01-10-2021**

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Codes	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3384811	Os long, donneurs décédés, BRUXELLES, SAINT-LOUIS PARIS. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP, Saint-Louis/Paris.	**1859,88**	**1859,88**	**01-01-2008**
3367936	Os long, donneurs décédés, BRUXELLES, NANCY. Banque Universitaire de Bruxelles, CHU de Nancy.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3321070	Os long, donneurs décédés, BRUXELLES, TOURS. Banque Universitaire de Bruxelles, EFS Centre Atlantique, site de Tours.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3316784	Os long, donneurs décédés, BRUXELLES, LYON. Banque Universitaire de Bruxelles, EFS Rhône-Alpes, site de Lyon.	**1475,95**	**1475,95**	**01-01-2008**
3370269	Os long, donneurs décédés, BRUXELLES, COCHIN PARIS. Banque Universitaire de Bruxelles, AP-HP, Cochin/Paris.	**1859,88**	**1859,88**	**01-01-2008**

Section 2. – Allogreffes vasculaires

Allogreffe de veine saphène

Pour pouvoir être pris en charge, les allogreffes vasculaires doivent répondre aux exigences réglementaires prévues aux articles L. 1243-02, L. 1243-5 et L. 1245-5 du code de la santé publique.
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 :

Codes	BANQUES DE TISSUS	**Tarif de responsabilité en euros**	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3394034	Allogreffe vasculaire, veine saphène, cryoconservée.	**1559,29**	**1559,29**	**15-09-2025**
3333073	Allogreffon veineux saphène +2/+8°C BIOPROTEC Allogreffe vasculaire de veine saphène conservée entre + 2 et + 8° C	**2057,25**	**2057,25**	**15-09-2025**

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 :

Codes	BANQUES DE TISSUS	**Tarif de responsabil**	Prix limite de vente	Date de fin de prise en charge

		ité en euros	au public TTC en euros	
3318151	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée.	**1559,29**	**1559,29**	**15-09-2025**
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.	**2300,00**	**2300,00**	**15-09-2015**

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.

Section 1. – Stimulateurs cardiaques

Arrêté du 28-10-2003 (JO du 13-11-2003) Article 2. – Les étiquettes comportant un numéro de code à 7 caractères numériques sous forme de code-barres, apposées sur les conditionnements des stimulateurs cardiaques antérieurement à la date de parution au Journal officiel du présent arrêté, pourront continuer à être transmises aux organismes de prise en charge pendant six mois à compter de cette date au tarif figurant dans le présent arrêté.

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.

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 $\geq$ 5 ans dans les conditions suivantes :

2,5 V – 0,5 ms – 70 min^{-1} – 100 % stimulation SSI – 500 ohms $\pm$ 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif de responsabil	Prix limite de vente au	Date de fin de prise en charge

		ité TTC en euros	public TTC en euros	
3451714	Stimulateur cardiaque simple chambre, type SSI (AAI et VVI)	1405,54	1405,54	31/07/2018

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants pour les durées et sous les numéros de codes spécifiés :

Code	Référence	Fabricant / distributeur	Tarif de responsabilité en €	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3457421 304A01	MINIOR 100 (P0059)	Sorin Biomedica (Italie) / Sorin Biomedica (France)	1524,49	1524,49	28-03-2004
3444938 304A01	MINIOR 100 E (ICV0011)	Sorin Biomedica (Italie) / Sorin Biomedica (France)	1524,49	1524,49	28-03-2004
3401780 304A01	MINIOR 100 C (P00722)	Sorin Biomedica (Italie) / Sorin Biomedica (France)	1524,49	1524,49	28-03-2004
3416669 304A01	MINIOR 100 CE (ICV0044)	Sorin Biomedica (Italie) / Sorin Biomedica (France)	1524,49	1524,49	28-03-2004

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 $\geq$ 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 de	Prix limite	Date de fin de prise

		responsabilité TTC en euros	de vente au public TTC en euros	en charge
3442750	Stimulateur cardiaque simple chambre fréquence asservie, type SSIR (VVIR/AAIR)	**2322,80**	**2322,80**	**31/07/2018**

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants pour les durées et sous les numéros de codes spécifiés :

Société Biotronik France (BIOTRONIK)

Code	Nomenclature	Nouveau tarif TTC en euros	Nouveau PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3438530	Stimulateur cardiaque simple chambre fréq. asserv., BIOTRONIK, EDORA 8 SR-T. Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) équipé d'un système de télétransmission Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - 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. - Stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : Bloc auriculoventriculaire du 2e ou du 3e degré avec insuffisance chronotrope ; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'examen IRM avec EDORA 8 SR-T est réalisé en absence de zone d'exclusion pour IRM à 1,5 T à condition que le stimulateurs soit combiné avec la sonde SOLIA S45 (référence : 377176), SOLIA S53 (référence : 377177), SOLIA S60 (référence : 377179), SOLIA JT 53 (référence : 395 134), SOLIA T53 (référence : 377 180), SOLIA T60 (référence : 377 181), et avec zone d'exclusion pour IRM à 3 T. Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur EDORA 8 SR-T soient 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 ou 3 Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Pour la tête et les extrémités, des antennes d'émission et de réception locales sont autorisées. Pour le thorax, seules les antennes de réception locales sont autorisées ; - Sonde et stimulateur cardiaques 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 : absence de zone d'exclusion pour IRM à 1,5 T à condition que le stimulateurs soit combiné avec la sonde SOLIA S45 (référence : 377176), SOLIA S53 (référence : 377177), SOLIA S60 (référence : 377179), SOLIA JT 53 (référence : 395 134), SOLIA T53 (référence : 377 180), SOLIA T60 (référence : 377 181), et avec zone d'exclusion pour IRM à 3 T ; - Durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes. Si l'examen doit dépasser 30 minutes, le champ HF doit être désactivé pendant 4 minutes ;	**2822,80**	**2822,80**	**01-06-2023**

	- 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 ; - 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 ; - Détection automatique de l'IRM (fonction MRI Autodetect). Enfin, la fonction MRI Autodetect doit être activée au maximum 14 jours avant l'examen IRM prévu, sans limite du nombre d'examens IRM pendant cette période. La programmation s'arrête à 23h59 le jour sélectionné. 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur EDORA 8 SR-T (référence : 407157) à connecteur conforme aux normes européennes - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur CARDIOMESSENGER SMART (référence : 401826) - la transmission des données du transmetteur vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER - le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER			

Société MEDTRONIC France SAS

Code	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3460245	Stimulateur cardiaque simple chambre fréq. asserv., MEDTRONIC, AZURE XT SR MRI SURESCAN. Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) associé au système de télétransmission CARELINK, de la société MEDTRONIC France SAS. INDICATION PRISE EN CHARGE Stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : Bloc auriculoventriculaire du 2nd ou du 3ème degré avec insuffisance chronotrope, si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les IRM réalisées avec le stimulateur AZURE XT SR MRI SURESCAN 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 ou 3	**2822,80**	**2822,80**	**15-08-2023**

	Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - Patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - Impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ; - Respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel), - Pour l'IRM 1,5 T : - 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, - Pour l'IRM 3 T : - Le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - Les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7, - 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. 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. DESCRIPTION AZURE XT SR MRI SURESCAN est un stimulateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie assurant une stimulation ventriculaire (VVIR). Le stimulateur AZURE XT SR MRI SURESCAN est compatible avec le système CARELINK. Le stimulateur AZURE XT SR MRI SURESCAN est conçu pour être compatible avec l'IRM sous certaines conditions précises (technologie SureScan) correspondant à des restrictions et des exigences particulières relatives au patient, au système cardiaque implanté, à l'appareil IRM et aux conditions d'examen qui doivent être respectées. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur AZURE XT SR MRI SURESCAN (référence : W2SR01) - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur MYCARELINK ou le transmetteur « application patient » MYCARELINK HEART - un câble d'alimentation ; - un lecteur amovible ; - un manuel patient ;			

	- un guide de démarrage ; - la transmission des données du transmetteur vers le serveur sécurisé			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3471355	Stimulateur cardiaque simple chambre fréq. asserv. ABBOTT, ASSURITY MRI VR. **DESCRIPTION** Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) équipé d'un système de télétransmission MERLIN.NET, de la société ABBOTT MEDICAL France **INDICATION PRISE EN CHARGE** - 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. - Stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : Bloc auriculoventriculaire du 2nd ou du 3ième degré avec insuffisance chronotrope ; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur ASSURITY MRI 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 : Tous les systèmes compatibles IRM sous conditions de ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS peuvent être balayés par des scanners IRM de 1,5 Tesla (1,5 T). Les stimulateurs ASSURITY MRI peuvent également être balayés par des scanners de 3,0 Tesla (3 T) sous certaines conditions. Lors de l'exécution d'un examen IRM 1,5 T ou 3 T sur un patient porteur d'un système compatible IRM sous conditions de ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS, les paramètres IRM suivants doivent être respectés : – IRM clinique à tunnel, aimant cylindrique orientation de champ horizontale et fréquence d'excitation d'intensité de 1,5 Tesla/64 MHz ou 3 Tesla/128 MHz (atome d'hydrogène uniquement) ; – Champ à gradient spatial de ≤ 30 T/m (3 000 G/cm) ; – Vitesse de balayage à gradient ≤ 200 T/m/s par axe. Pour les examens 1,5T, l'ensemble des paramètres IRM indiqués ci-dessus sont applicables à une utilisation avec les types d'antenne RF suivants : – Antenne corps entier émettrice RF avec n'importe quelle antenne réceptrice. – Antenne émettrice-réceptrice RF locale en mode de fonctionnement normal. • Antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). • Antenne des membres inférieurs émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). • Antenne des membres supérieurs émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement).	**2822,80**	**2822,80**	**31-07-2024**

Pour les examens 3T, les paramètres de scanner indiqués ci-dessus sont applicables pour une utilisation avec une antenne corps entier émettrice RF avec n'importe quelle antenne réceptrice.

De plus, lors d'un examen IRM 1,5T, les paramètres IRM suivants doivent également être respectés pour les appareils ASSURITY MRI :

Modèle de sonde (longueurs)	Énergie RF	Zones à scanner	Considérations supplémentaires
TENDRIL MRI LPA1200M (toutes)	Mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau	Corps entier	NA
ISOFLEX 1944 (46 cm, 52 cm) 1948 (52 cm, 58 cm)	Mode de fonctionnement normal	Corps entier	NA
TENDRIL STS 2088TC (46 cm, 52 cm, 58 cm)	Mode de fonctionnement normal	Corps entier	NA

Enfin, lors d'un examen IRM 3T, les paramètres IRM suivants doivent également être respectés pour les appareils ASSURITY™ MRI :

- Sondes TENDRIL STS 2088TC (46 cm, 52 cm, 58 cm), Sondes ISOFLEX 1944 (46 cm, 52 cm) et 1948 (52 cm, 58 cm) ;
- Energie RF : Mode de fonctionnement normal ;
- Excitation RF : Circulairement polarisé ou quadrature ;
- Corps entier autorisé en zones à scanner.

Lorsqu'ils préparent un patient pour une IRM, les tâches du médecin cardiologue et du clinicien sont les suivantes :

- Vérifier que le patient porte un système compatible IRM sous conditions.
- Vérifier qu'il n'existe aucune condition défavorable à un examen IRM, parmi lesquelles :
  - Le patient présente une température corporelle élevée ou une thermorégulation affaiblie au moment de l'examen et si le système comprend une sonde 1944/1948/2088TC ;
  - L'appareil est en fin de vie ;
  - Une combinaison sonde(s)-appareil qui n'est pas répertoriée en tant que système compatible IRM sous conditions dans les tableaux des combinaisons sonde(s)/appareil ;
  - Des sondes compatibles IRM sous conditions Abbott Medical France SAS en panne ou fonctionnant par intermittence ;
  - Des mesures d'impédance de la sonde non comprises dans les limites d'impédance programmées ;
  - Du matériel supplémentaire comme des rallonges, des adaptateurs de sonde ou des sondes abandonnées ;
  - Un système compatible IRM sous conditions Abbott Medical France SAS implanté dans d'autres sites que dans la région pectorale droite ou gauche ;
  - Des patients présentant des seuils de capture instables ;
  - Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,5 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes OD et VD ;
  - Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,0 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes VG ;
  - Des plaintes concernant la stimulation diaphragmatique à une sortie de stimulation de 5,0 V ou 7,5 V et à une durée d'impulsion de 1,0 ms chez les patients dont l'appareil sera programmé sur un mode de stimulation asynchrone lorsque les réglages IRM seront activés.
- Revoir les événements indésirables potentiels :

- Échauffement de l'électrode conductrice et lésions des tissus entraînant une perte de détection, de stimulation ou les deux ;
- Échauffement de l'appareil entraînant des lésions des tissus dans la poche d'implantation, une gêne pour le patient ou les deux ;
- Courants induits sur les sondes entraînant une stimulation permanente, TV/FV, un malaise hémodynamique ou les trois ;
- Endommagement de l'appareil ou des sondes entraînant une incapacité du système à détecter ou à traiter les rythmes cardiaques irréguliers et/ou une incapacité du système à traiter correctement la pathologie du patient ;
- Dommages sur le fonctionnement ou l'intégrité mécanique de l'appareil conduisant à une incapacité à communiquer avec l'appareil ;
- Déplacement ou vibration de l'appareil ou des sondes ;
- Déplacement de la sonde ;
- Stimulation compétitive et induction TV/FV potentielle si une stimulation asynchrone est programmée lorsque les réglages IRM sont activés ;
- Syncope provoquée par une perte de stimulation si aucun support de stimulation n'est programmé avec les réglages IRM.

– Produire un rapport des paramètres permanents du patient.
– Sélectionner et sauvegarder les réglages IRM.
– Revoir la liste de contrôle IRM et programmer les réglages IRM.
– Désactiver les réglages IRM.

Les réglages IRM par défaut pour les appareils des gammes ASSURITY MRI sont les suivants :

Paramètres	Réglages
Mode IRM, appareils simple chambre	VOO
Fréquence de base IRM	85 min-1
Délai AV stimulé IRM	120 ms
Amplitude d'impulsion IRM	5,0 V
Durée d'impulsion IRM	1,0 ms
Configuration de stimulation IRM	Bipolaire

Les données de diagnostics sont interrompues lorsque les réglages IRM sont activés pour les appareils des gammes ASSURITY MRI.
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 ASSURITY MRI (référence PM1272), à connecteur conforme aux normes européennes - Eléments du système MERLIN.NET destinés au patient incluant ○ un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation, ○ un étui de transport et un manuel patient, ○ un adaptateur cellulaire (clé USB 2-3G) à brancher sur le transmetteur, ○ un kit wifi composé d'un routeur wifi à relier au boitier multiservice du patient et d'une clé USB wifi à brancher sur le transmetteur MERLIN@HOME (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient), ○ un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi).			

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif de responsabilité TTC en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3429962	Stimulateur cardiaque simple chambre fréq. asserv., BOSTON, ACCOLADE IRM SR. DESCRIPTION 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) :	**2822,80**	**2822,80**	**31-08-2024**

	- 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 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.			

Sous-section 3 : Stimulateurs cardiaques implantables simple chambre implantés par voie transcatheter

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif TTC en euros	PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3494020	Stimulateur cardiaque simple chambre, transcatheter, MEDTRONIC, MICRA. Stimulateur cardiaque simple chambre implanté par voie transcatheter de la société Medtronic France SAS. INDICATIONS DE PRISES EN CHARGE L'arrêté du 25 octobre 2018 limitant la pratique de l'acte d'implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque définitif simple chambre (de type VVIR), par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique prévoit les indications suivantes : - Dysfonction sinusale lorsqu'une synchronisation auriculo-ventriculaire n'est pas nécessaire ; - BAV sans rythme sinusal ; - BAV en rythme sinusal avec un pourcentage de stimulation ventriculaire estimé faible (certains BAV paroxystiques) ; - BAV en rythme sinusal lorsqu'une synchronisation auriculo-ventriculaire n'est pas nécessaire, chez des patients à haut risque de complications liées à la sonde et pour lesquels le réseau veineux doit être préservé, ou pour lesquels une sonde endocavitaire est contre-indiquée. SPECIFICATIONS TECHNIQUES - Garantie : 5 ans Le fabricant s'engage en cas de dysfonctionnement avéré dans des conditions d'utilisations conformes, à remplacer le stimulateur ou à le rembourser à sa valeur d'achat, à l'établissement qui en fait la demande, selon les termes de la garantie, sans préjudice de tout recours qui pourrait intervenir. Il existe une présomption d'utilisation conforme du dispositif en faveur de l'établissement qui en demande le remboursement ou le remplacement. - Incinération Le fabricant atteste que la crémation des patients décèdés porteurs de MICRA est possible et ne génère pas de perturbations acoustiques, ni de dégâts aux installations. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Compte tenu de la technique d'implantation, de la courbe d'apprentissage et du risque de complications rares mais potentiellement létales qui en résulte, les modalités de prescription et d'utilisation doivent être conformes à l'arrêté du 25 octobre 2018 limitant la pratique de l'acte d'« implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque définitif simple chambre, par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. Accessoires de pose L'implantation du stimulateur MICRA nécessite un introducteur de 7,8 mm (23 Fr) de diamètre et 56 cm de long ou plus, tel que l'introducteur MICRA proposé par MEDTRONIC. Environnement technique Le plateau technique de rythmologie interventionnelle pour l'implantation du MICRA est identique à celui nécessaire pour une implantation de stimulateur cardiaque conventionnel en salle de cardiologie interventionnelle ou en bloc opératoire.	**6300,00**	**6300,00**	**01-03-2022**

	L'implantation du MICRA doit être réalisée dans un centre avec une activité de chirurgie cardiaque, en raison du risque lié à certaines complications rares mais potentiellement létales. Les plateaux techniques de rythmologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Composition des équipes La composition des équipes en salle est identique à celle nécessaire pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque conventionnelle. Une formation spécifique dédiée au dispositif MICRA est indispensable pour tous les opérateurs, incluant une formation théorique et pratique sur simulateur et sur animal proposée par le fabricant du dispositif, une formation théorique initiale dans un centre habilité et une formation pratique par compagnonnage (avec au moins 5 patients). Volume d'activité Un seuil de 2 implantations de MICRA par mois et par centre doit être atteint. Compatibilité IRM conditionnelle Le dispositif MICRA est compatible avec la réalisation d'examen par IRM (1,5 et 3T) selon des conditions prédéfinies par le fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE BNGLMICRALPPR1, système stimulateur cardiaque MICRA implantable simple chambre implanté par voie transcathéter comportant : - Stimulateur cardiaque implantable MICRA - Introducteur MICRA			

Sous-section 4 : 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 VDDFrance – 500 ohms ± 1 %.

Code	Nomenclature	tarif TTC en €	PLV TTC en €	Date de fin de prise en charge
3444364	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde, type VDD	**2108,31**	**2108,31**	**31/07/2018**
3488864	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde à fréquence asservie, type VDDR	**2592,12**	**2592,12**	**31/07/2017**

Sous-section 5 : 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 ± 1%.

Code	Nomenclature	Nouveau tarif TTC en euros	Nouveau PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3405565	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDD	**2342,56**	**2342,56**	**31/07/2018**

Sous-section 6: 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 $\geq$ 4 ans dans les conditions suivantes :

2,5 V – 0,5 ms – 70 min^{-1} – 100 % stimulation DDDR – 500 ohms $\pm$ 1 %.

Génériques

Code	Nomenclature	Nouveau tarif TTC en euros	Nouveau PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
3489875	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDDR	**2781,79**	**2881,79**	**31/07/2018**

Société Biotronik France (Biotronik)

Code	Nomenclature	tarif en €TTC	PLV en €TTC	Date de fin de prise en charge
3426550	Stimulateur cardiaque double chambre fréq. Asserv., BIOTRONIK, ELUNA 8 DR-T. Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) équipé d'un système de télétransmission Home	**3281,79**	**3281,79**	**01-06-2018**

	Monitoring, de la société BIOTRONIK France. **1. Indications** La prise en charge de ce stimulateur est assurée en cas de : – bloc auriculo-ventriculaire du 2nd 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 ; – 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 DDD France. **2. Modalités de prescription et d'utilisation** 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 ELUNA 8 DR-T 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 oeuvre ; – 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 Vpour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; 10 avril 2015 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 35 sur 132 CODE NOMENCLATURE –impédance de sonde déterminée entre 200 et 1500 Ohms ; –patient couché sur le dos ; –respect de la zone de positionnement autorisé : absence de zone d'exclusion en combinaison avec la sonde SAFIO S53 (réf. : 370 945) ou SAFIO S60 (réf. : 370 946) ; -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. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : ELUNA 8 DR-T (réf. : 394 969).			
3428900	Stimulateur cardiaque double chambre fréq. asserv., BIOTRONIK, EDORA 8 DR-T. Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) équipé d'un système de télétransmission Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : 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 ; Dysfonction du nœud 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 DDD (R). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'examen IRM avec EDORA 8 DR-T est réalisé en absence de zone d'exclusion pour IRM à 1,5 T en	**3281,79**	**3281,79**	**01-06-2023**

	combinaison avec la sonde SOLIA S45 (référence : 377 176), SOLIA S53 (référence : 377 177), SOLIA S60 (référence : 377 179), SOLIA JT 53 (référence : 395 134), SOLIA T53 (référence : 377 180) et SOLIA T60 (référence : 377 181) et avec zone d'exclusion pour IRM à 3 T. Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur EDORA 8 DR-T soient 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 ou 3 Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Pour la tête et les extrémités, des antennes d'émission et de réception locales sont autorisées. Pour le thorax, seules les antennes de réception locales sont autorisées ; - Sonde et stimulateur cardiaques 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 : absence de zone d'exclusion pour IRM à 1,5 T à condition que le stimulateur soit combiné avec la sonde SOLIA S45 (référence : 377 176), SOLIA S53 (référence : 377 177), SOLIA S60 (référence : 377 179), SOLIA JT 53 (référence : 395 134), SOLIA T53 (référence : 377 180), SOLIA T60 (référence : 377 181), et avec zone d'exclusion pour IRM à 3 T ; - Durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes. Si l'examen doit dépasser 30 minutes, le champ HF doit être désactivé pendant 4 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 ; - 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 ; - Détection automatique de l'IRM (fonction MRI Autodetect). Enfin, la fonction MRI Autodetect doit être activée au maximum 14 jours avant l'examen IRM prévu, sans limite du nombre d'examens IRM pendant cette période. La programmation s'arrête à 23h59 le jour sélectionné. 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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur EDORA 8 DR-T (référence : 407145) à connecteur conforme aux normes européennes - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur CARDIOMESSENGER SMART (référence : 401826)			

	- la transmission des données du transmetteur vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER - le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER			

Société MEDTRONIC France SAS

code	Référence	Tarif TTC en €	PLV TTC en €	Date de fin de prise en charge
3407430	Stimulateur cardiaque double chambre fréq. asserv., MEDTRONIC, AZURE XT DR MRI SURESCAN. Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) associé au système de télétransmission CARELINK, de la société MEDTRONIC France SAS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Bloc auriculo-ventriculaire du 2nd ou du 3ième 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 nœud 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 DDD (R). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les IRM réalisées avec le stimulateur AZURE XT DR MRI SURESCAN 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 ou 3 Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - Patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - Impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ; - Respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel), - Pour l'IRM 1,5 T : - 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. - Pour l'IRM 3 T : - Le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - Les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7,	**3281,79**	**3281,79**	**15-08-2023**

	- 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. 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. DESCRIPTION AZURE XT DR MRI SURESCAN est un stimulateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie (DDDR). Le stimulateur AZURE XT DR MRI SURESCAN est compatible avec le système CARELINK. Le stimulateur AZURE XT DR MRI SURESCAN est conçu pour être compatible avec l'IRM sous certaines conditions précises (technologie SureScan) correspondant à des restrictions et des exigences particulières relatives au patient, au système cardiaque implanté, à l'appareil IRM et aux conditions d'examen qui doivent être respectées. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur AZURE XT DR MRI SURESCAN (référence : W2DR01) - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur MYCARELINK ou le transmetteur « application patient » MYCARELINK HEART ; - un câble d'alimentation ; - un lecteur amovible ; - un manuel patient ; - un guide de démarrage ; - la transmission des données du transmetteur vers le serveur sécurisé.			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT

code	Référence	Tarif TTC en €	PLV TTC en €	Date de fin de prise en charge
3486374	Stimulateur cardiaque double chambre fréq. asserv., ABBOTT, ASSURITY MRI DR. **DESCRIPTION** Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) équipé d'un système de télétransmission MERLIN.NET, de la société ABBOTT MEDICAL France. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** - Bloc auriculo-ventriculaire du 2nd ou du 3ième degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée) : o chez le patient ayant une insuffisance chronotrope, lorsque le maintien d'une activité physique est possible, o et si l'oreillette est stimulable de façon prédominante, - Dysfonction du nœud 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	**3281,79**	**3281,79**	**31-07-2024**

chambre DDD(R).

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur ASSURITY MRI 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 :

Tous les systèmes compatibles IRM sous conditions de ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS peuvent être balayés par des scanners IRM de 1,5 Tesla (1,5 T). Les stimulateurs ASSURITY MRI peuvent également être balayés par des scanners de 3,0 Tesla (3 T) sous certaines conditions.

Lors de l'exécution d'un examen IRM 1,5 T ou 3 T sur un patient porteur d'un système compatible IRM sous conditions de ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS, les paramètres IRM suivants doivent être respectés :

- IRM clinique à tunnel, aimant cylindrique orientation de champ horizontale et fréquence d'excitation d'intensité de 1,5 Tesla/64 MHz ou 3 Tesla/128 MHz (atome d'hydrogène uniquement) ;
- Champ à gradient spatial de ≤ 30 T/m (3 000 G/cm) ;
- Vitesse de balayage à gradient ≤ 200 T/m/s par axe.

Pour les examens 1,5T, l'ensemble des paramètres IRM indiqués ci-dessus sont applicables à une utilisation avec les types d'antenne RF suivants :

- Antenne corps entier émettrice RF avec n'importe quelle antenne réceptrice.
- Antenne émettrice-réceptrice RF locale en mode de fonctionnement normal.
  - Antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement).
  - Antenne des membres inférieurs émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement).
  - Antenne des membres supérieurs émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement).

Pour les examens 3T, les paramètres de scanner indiqués ci-dessus sont applicables pour une utilisation avec une antenne corps entier émettrice RF avec n'importe quelle antenne réceptrice.

De plus, lors d'un examen IRM 1,5T, les paramètres IRM suivants doivent également être respectés pour les appareils ASSURITY MRI :

Modèle de sonde (longueurs)	Énergie RF	Zones à scanner	Considérations supplémentaires
TENDRIL MRI LPA1200M (toutes)	Mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau	Corps entier	NA
ISOFLEX 1944 (46 cm, 52 cm) 1948 (52 cm, 58 cm)	Mode de fonctionnement normal	Corps entier	NA
TENDRIL STS 2088TC (46 cm, 52 cm, 58 cm)	Mode de fonctionnement normal	Corps entier	NA

Enfin, lors d'un examen IRM 3T, les paramètres IRM suivants doivent également être respectés pour les appareils ASSURITY™ MRI :

- Sondes TENDRIL STS 2088TC (46 cm, 52 cm, 58 cm), Sondes ISOFLEX 1944 (46 cm, 52 cm) et 1948 (52 cm, 58 cm) ;
- Energie RF : Mode de fonctionnement normal ;
- Excitation RF : Circulairement polarisé ou quadrature ;
- Corps entier autorisé en zones à scanner.

Lorsqu'ils préparent un patient pour une IRM, les tâches du médecin cardiologue et du clinicien sont les suivantes :

- Vérifier que le patient porte un système compatible IRM sous conditions.
- Vérifier qu'il n'existe aucune condition défavorable à un examen IRM, parmi lesquelles :
  - Le patient présente une température corporelle élevée ou une thermorégulation affaiblie au moment de l'examen et si le système comprend une sonde 1944/1948/2088TC ;
  - L'appareil est en fin de vie ;
  - Une combinaison sonde(s)-appareil qui n'est pas répertoriée en tant que système compatible IRM sous conditions dans les tableaux des combinaisons sonde(s)/appareil ;
  - Des sondes compatibles IRM sous conditions Abbott Medical France SAS en panne ou fonctionnant par intermittence ;
  - Des mesures d'impédance de la sonde non comprises dans les limites d'impédance programmées ;
  - Du matériel supplémentaire comme des rallonges, des adaptateurs de sonde ou des sondes abandonnées ;
  - Un système compatible IRM sous conditions Abbott Medical France SAS implanté dans d'autres sites que dans la région pectorale droite ou gauche ;
  - Des patients présentant des seuils de capture instables ;
  - Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,5 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes OD et VD ;
  - Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,0 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes VG ;
  - Des plaintes concernant la stimulation diaphragmatique à une sortie de stimulation de 5,0 V ou 7,5 V et à une durée d'impulsion de 1,0 ms chez les patients dont l'appareil sera programmé sur un mode de stimulation asynchrone lorsque les réglages IRM seront activés.
- Revoir les événements indésirables potentiels :
  - Échauffement de l'électrode conductrice et lésions des tissus entraînant une perte de détection, de stimulation ou les deux ;
  - Échauffement de l'appareil entraînant des lésions des tissus dans la poche d'implantation, une gêne pour le patient ou les deux ;
  - Courants induits sur les sondes entraînant une stimulation permanente, TV/FV, un malaise hémodynamique ou les trois ;
  - Endommagement de l'appareil ou des sondes entraînant une incapacité du système à détecter ou à traiter les rythmes cardiaques irréguliers et/ou une incapacité du système à traiter correctement la pathologie du patient ;
  - Dommages sur le fonctionnement ou l'intégrité mécanique de l'appareil conduisant à une incapacité à communiquer avec l'appareil ;
  - Déplacement ou vibration de l'appareil ou des sondes ;
  - Déplacement de la sonde ;
  - Stimulation compétitive et induction TV/FV potentielle si une stimulation asynchrone est programmée lorsque les réglages IRM sont activés ;
  - Syncope provoquée par une perte de stimulation si aucun support de stimulation n'est programmé avec les réglages IRM.

– Produire un rapport des paramètres permanents du patient.
– Sélectionner et sauvegarder les réglages IRM.
– Revoir la liste de contrôle IRM et programmer les réglages IRM.
– Désactiver les réglages IRM.

Les réglages IRM par défaut pour les appareils des gammes ASSURITY MRI sont les suivants :

Paramètres	Réglages
Mode IRM, appareils double chambre	VOO
Fréquence de base IRM	85 min-1
Délai AV stimulé IRM	120 ms
Amplitude d'impulsion IRM	5,0 V
Durée d'impulsion IRM	1,0 ms
Configuration de stimulation IRM	Bipolaire

Les données de diagnostics sont interrompues lorsque les réglages IRM sont activés pour les appareils des gammes ASSURITY MRI.

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 ASSURITY MRI (référence PM2272), à connecteur conforme aux normes européennes
- Eléments du système de télésurveillance MERLIN.NET destinés au patient incluant :
    - un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation,
    - un étui de transport et un manuel patient,
    - un adaptateur cellulaire (clé USB 2-3G) à brancher sur le transmetteur,
    - un kit wifi composé d'un routeur wifi à relier au boitier multiservice du patient et d'une clé USB wifi à brancher sur le transmetteur MERLIN@HOME (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient),
    - un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi).

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Nomenclature	Nouveau tarif TTC en euros	Nouveau PLV TTC en euros	Date de fin de prise en charge
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) : - 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	**3281,79**	**3281 ,79**	**31-08-2024**

	- 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.	**3281,79**	**3281,79**	**31-08-2024**

	- 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, ≤ 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 ;			

	- 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.			

Sous-section 7: Stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dits « triple chambre »

Conditions générales de prise en charge

La prise en charge des stimulateurs cardiaques triple chambre est subordonnée aux conditions suivantes :

1. L'implantation doit être réalisée dans un établissement de santé figurant sur une liste établie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La sélection des établissements de santé s'effectue par une procédure d'appel à candidatures organisée par le directeur de l'ARH. Les établissements sont sélectionnés au vu notamment des capacités hospitalières nécessaires pour répondre aux besoins de la population tels que définis dans les avis de la commission d'évaluation des produits et prestations, ainsi que de l'implantation et de l'expérience pour les soins concernés des établissements de santé et sous réserve qu'ils répondent aux conditions du présent arrêté.

Cette liste sera révisée périodiquement et au moins une fois tous les cinq ans.

2. Les établissements de santé figurant sur la liste fixée par le directeur de l'ARH doivent disposer des moyens suivants :

Dans l'établissement :

- recours à la chirurgie et à l'anesthésie : l'implantation ou le remplacement des boîtiers nécessite une collaboration médico-chirurgicale dont les conditions doivent être précisées par une convention écrite entre les deux équipes ;
- unité de soins intensifs cardiologiques ou, à défaut, une unité de réanimation proche de la salle d'implantation : un cardiologue ou un réanimateur doit être présent 24 heures sur 24 ;

Dans l'établissement ou à proximité :

- une coopération étroite est nécessaire entre l'équipe médicale assurant l'implantation et le suivi technique et un médecin cardiologue ayant une compétence particulière dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, en particulier pour la discussion des indications et le suivi des patients. Les conditions de cette coopération doivent être précisées par une convention écrite entre les parties.

3. Les unités d'implantation de l'établissement de santé figurant sur la liste fixée par le directeur de l'ARH doivent répondre aux conditions suivantes :

3. A) 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 présentFrance au cours de l'intervention.

3. B) 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. C) 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.

3. D) 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.

3. E) 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.

4. 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.

5. Suivi des implantations : les organismes d'assurance maladie transmettent régulièrement aux directeurs des ARH les données des stimulateurs triple chambre implantés pris en charge.

6. Lorsque les conditions prévues au présent arrêté ne sont pas respectées par un établissement de santé, le directeur de l'ARH notifie à cet établissement son intention de le radier de la liste et lui notifie un délai pour faire connaître ses observations en réponse. En cas de radiation, la notification de cette décision précise les voies et délais de recours.

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 :

« Patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques, en classe NYHA II, III et IV ambulatoire, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection ≤ 35%, en rythme sinusal :
- avec une durée de QRS > 150 ms ;
- avec une durée QRS comprise entre 120 et 150 ms et avec bloc de branche gauche.

Patients en FA permanente avec une insuffisance cardiaque chronique, ayant un QRS ≥120 ms et une FEVG ≤ 35%, en classe NYHA III et IV ambulatoire malgré un traitement médical optimal, à condition de pouvoir obtenir une stimulation biventriculaire proche de 100 %. »

La prise en charge est assurée pour les stimulateurs cardiaques triple chambre suivants :

Société MICROPORT CRM France (MICROPORT)

code	Référence	Tarif TTC en €	PLV TTC en €	Date de fin de prise en charge
3408760	Stimulateur cardiaque triple chambre, MICROPORT, REPLY CRT-P. REFERENCE PRISE EN CHARGE : TPM011C	**4000,00**	**4000,00**	**31-01-2022**

Société BIOTRONIK FRANCE

code	Référence	Tarif TTC en €	PLV TTC en €	Date de fin de prise en charge
3408693	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, BIOTRONIK, EDORA 8 HF-T. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit «	**4700,00**	**4700,00**	**15-08-2022**

	triple chambre » équipé du système HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur EDORA 8 HF-T 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 ; - Pour la tête et les extrémités, des antennes d'émission et de réception locales sont autorisées. Pour le thorax, seules les antennes de réception locales sont autorisées ; - Sondes et stimulateur cardiaques 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 thoracique (isocentre au niveau des yeux et hanches) pour IRM à 1,5 T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel ProMRI) ; - Durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes, toutefois, si l'examen doit dépasser 30 min, désactiver le champ HF pendant 4 min ; - 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 ; - 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 ; - Détection automatique de 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, 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. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : EDORA 8 HF-T (référence : 407 138).			
3415049	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, BIOTRONIK, EDORA 8 HF-T QP. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit «	**4700,00**	**4700,00**	**15-08-2022**

	triple chambre » équipé du système HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur EDORA 8 HF-T QP 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 ; - Pour la tête et les extrémités, des antennes d'émission et de réception locales sont autorisées. Pour le thorax, seules les antennes de réception locales sont autorisées ; - Sondes et stimulateur cardiaques 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 pectoralev - 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 thoracique (isocentre au niveau des yeux et hanches) pour IRM à 1,5 T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel ProMRI) ; - Durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes, toutefois, si l'examen doit dépasser 30 min, désactiver le champ HF pendant 4 min ; - 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 ; - 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 ; - Détection automatique de 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, 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. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : EDORA 8 HF-T QP (réf. : 407 137).			

Boston Scientific SAS (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**4000,00**	**4000,00**	**01-07-2019**

	- 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.			
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 ; - Adaptateur Bluetooth.	**4700,00**	**4700,00**	**31-08-2024**

Medtronic France SAS

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3454196	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, MEDTRONIC, PERCEPTA QUAD CRTP Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN de la société MEDTRONIC France SAS.	**4000,00**	**4000,00**	**15-08-2022**

	MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN 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 ou 3 Tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ; - respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel) ; - pour l'IRM 1,5 T : - 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. - pour l'IRM 3 T : - le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7. - 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 prise en charge est assurée pour la référence W4TR04.			
3454233	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, MEDTRONIC, PERCEPTA CRT-P. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN de la société MEDTRONIC France SAS. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La commission recommande également que les IRM réalisées avec le stimulateur PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN 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 ou 3 Tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ; - respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel) ; - pour l'IRM 1,5 T : - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM ≤ 2,0 W/kg ;	**4000,00**	**4000,00**	**15-08-2022**

	- débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM ≤ 3,2 W/kg. - pour l'IRM 3 T : - le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7. - 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 prise en charge est assurée pour la référence W1TR04.			
3402762	Stimulateur cardiaque triple chambre, MEDTRONIC, VIVA CRT-P La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : C5TR01	**4000,00**	**4000,00**	**01-07-2019**
3477292	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, MEDTRONIC, PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé d'un système de télétransmission CARELINK, de la société MEDTRONIC France SAS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques, en classe NYHA II, III et IV ambulatoire, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection ≤ 35%, en rythme sinusal : - avec une durée de QRS > 150 ms ; - avec une durée QRS comprise entre 120 et 150 ms et avec bloc de branche gauche, - Patients en FA permanente avec une insuffisance cardiaque chronique, ayant un QRS ≥ 120 ms et une FEVG ≤ 35%, en classe NYHA III et IV ambulatoire malgré un traitement médical optimal, à condition de pouvoir obtenir une stimulation biventriculaire proche de 100%. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les IRM réalisées avec le stimulateur PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN 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 ou 3 Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - Patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - Impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ;	**4700,00**	**4700,00**	**15-08-2023**

	- Respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel), - Pour l'IRM 1,5 T : - 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. - Pour l'IRM 3 T : - Le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - Les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7, - 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. 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. DESCRIPTION PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN est un stimulateur cardiaque implantable triple chambre assurant une stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation cardiaque. Le stimulateur PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN est compatible avec le système CARELINK. Le stimulateur PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN est conçu pour être compatible avec l'IRM sous certaines conditions précises (technologie SureScan) correspondant à des restrictions et des exigences particulières relatives au patient, au système cardiaque implanté, à l'appareil IRM et aux conditions d'examen qui doivent être respectées. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur PERCEPTA CRT-P MRI SURESCAN (référence : W1TR04) - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur MYCARELINK ou le transmetteur « application patient » MYCARELINK HEART ; - un câble d'alimentation ; - un lecteur amovible ; - un manuel patient ; - un guide de démarrage ; - la transmission des données du transmetteur vers le serveur sécurisé.			
3444329	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, MEDTRONIC, PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » associé au système de télésurveillance CARELINK. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques, en classe NYHA II, III et IV ambulatoire, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection ≤ 35%, en rythme sinusal :	**4700,00**	**4700,00**	**15-08-2023**

	- avec une durée de QRS > 150 ms ; - avec une durée QRS comprise entre 120 et 150 ms et avec bloc de branche gauche, - Patients en FA permanente avec une insuffisance cardiaque chronique, ayant un QRS ≥ 120 ms et une FEVG ≤ 35%, en classe NYHA III et IV ambulatoire malgré un traitement médical optimal, à condition de pouvoir obtenir une stimulation biventriculaire proche de 100%. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les IRM réalisées avec le stimulateur PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN 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 ou 3 Tesla ; - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe ; - Sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM (technologie SureScan) ; - Patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - 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 pour les patients stimulo-dépendants ; - Impédance de sonde déterminée entre 200 et 3 000 Ohms ; - Respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 ou 3T (en combinaison avec les sondes mentionnées dans le manuel), - Pour l'IRM 1,5 T : - 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, - Pour l'IRM 3 T : - Le paramètre B1+RMS affiché par l'IRM doit être ≤ 2,8 µT lorsque l'isocentre (centre du tunnel d'IRM) est au-dessous de la vertèbre C7 ; - Les examens IRM peuvent être réalisés sans restriction de B1+RMS quand l'isocentre est au niveau ou au-dessus de la vertèbre C7, - 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. 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. DESCRIPTION PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN est un stimulateur cardiaque implantable triple chambre assurant une stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation cardiaque. Le stimulateur cardiaque implantable triple chambre PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN est un stimulateur cardiaque triple chambre à connecteur IS-4. Ce dispositif est compatible avec une sonde VG quadripolaire. Le stimulateur PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN est compatible avec le système CARELINK. Le stimulateur PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN est conçu pour être compatible avec l'IRM sous certaines conditions précises (technologie SureScan) correspondant à des restrictions et des exigences particulières relatives au patient, au système cardiaque implanté, à l'appareil IRM et aux conditions d'examen qui doivent être respectées. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur PERCEPTA QUAD CRT-P MRI SURESCAN (référence : W4TR04), - Système de télésurveillance incluant : - le transmetteur MYCARELINK ou le transmetteur « application patient » MYCARELINK HEART ; - un câble d'alimentation ; - un lecteur amovible ; - un manuel patient ; - un guide de démarrage ; - la transmission des données du transmetteur vers le serveur sécurisé			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**4000,00**	**4000,00**	**31-10-2022**

	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, - 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.	**4000,00**	**4000,00**	**01-07-2019**
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. **Modalités 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. **Références prises en charge :** ALLURE QUADRA : PM3140. ALLURE QUADRA RF : PM3242.	**4000,00**	**4000,00**	**01-07-2019**
3451810	Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, ABBOTT, ALLURE. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » ALLURE et ALLURE RF de la société ABBOTT MEDICAL France.	**4000,00**	**4000,00**	**01-07-2019**

	Références prises en charge : ALLURE : PM3120 ALLURE RF : PM3222.			
3411212	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, ABBOTT, ALLURE RF. **DESCRIPTION** Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé du système MERLIN.NET de la société ABBOTT MEDICAL France. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** - Patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques, en classe NYHA II, III et IV ambulatoire, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection ≤ 35%, en rythme sinusal o avec une durée de QRS > 150 ms ; o avec une durée QRS comprise entre 120 et 150 ms et avec bloc de branche gauche. - Patients en FA permanente avec une insuffisance cardiaque chronique, ayant un QRS ≥ 120 ms et une FEVG ≤ 35%, en classe NYHA III et IV ambulatoire malgré un traitement médical optimal, à condition de pouvoir obtenir une stimulation biventriculaire proche de 100%. **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 : o un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient o 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 ALLURE RF (référence PM3222), à connecteur conforme aux normes européennes - Eléments du système de télésurveillance MERLIN.NET destinés au patient incluant : o un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation, o un étui de transport et un manuel patient, o un adaptateur cellulaire (clé USB 2-3G) à brancher sur le transmetteur, o un kit wifi composé d'un routeur wifi à relier au boitier multiservice du patient et d'une clé USB wifi à brancher sur le transmetteur MERLIN@HOME (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient), o un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi).	**4700,00**	**4700,00**	**31-07-2024**
3444246	Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, ABBOTT, QUADRA ALLURE MP. **DESCRIPTION** Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé du système MERLIN.NET de la société ABBOTT MEDICAL France. **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** - Patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques, en classe NYHA II, III et IV ambulatoire, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection ≤ 35%, en rythme sinusal o avec une durée de QRS > 150 ms ; o avec une durée QRS comprise entre 120 et 150 ms et avec bloc de branche gauche. Patients en FA permanente avec une insuffisance cardiaque chronique, ayant un QRS ≥ 120	**4700,00**	**4700,00**	**31-07-2024**

	- ms et une FEVG ≤ 35%, en classe NYHA III et IV ambulatoire malgré un traitement médical optimal, à condition de pouvoir obtenir une stimulation biventriculaire proche de 100%. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur QUADRA ALLURE MP soient pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans le respect des conditions de sécurité suivantes : La compatibilité IRM du stimulateur QUADRA ALLURE MP (PM 3562) permet au praticien de réaliser un examen IRM 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), sous conditions sur le patient implanté. Lorsqu'ils préparent un patient pour une IRM, les tâches du médecin cardiologue et du clinicien sont les suivantes : Vérifier que le patient porte un système compatible IRM sous conditions. – Vérifier qu'il n'existe aucune condition défavorable à un examen IRM, parmi lesquelles : • Le patient présente une température corporelle élevée ou une thermorégulation affaiblie au moment de l'examen ; • L'appareil est en fin de vie ; • Une combinaison sonde(s)-appareil qui n'est pas répertoriée en tant que système compatible IRM sous conditions dans les tableaux des combinaisons sonde(s)/appareil ; • Des sondes compatibles IRM sous conditions Abbott Medical France SAS en panne ou fonctionnant par intermittence ; • Des mesures d'impédance de la sonde non comprises dans les limites d'impédance programmées ; • Du matériel supplémentaire comme des rallonges, des adaptateurs de sonde ou des sondes abandonnées ; • Un système compatible IRM sous conditions Abbott Medical France SAS implanté dans d'autres sites que dans la région pectorale droite ou gauche ; • Des patients présentant des seuils de capture instables ; • Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,5 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes OD et VD ; • Des patients avec des valeurs de seuil de capture > 2,0 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes VG ; • Des plaintes concernant la stimulation diaphragmatique à une sortie de stimulation de 5,0 V ou 7,5 V et à une durée d'impulsion de 1,0 ms chez les patients dont l'appareil sera programmé sur un mode de stimulation asynchrone lorsque les réglages IRM seront activés. – Revoir les événements indésirables potentiels : • Échauffement de l'électrode conductrice et lésions des tissus entraînant une perte de détection, de stimulation ou les deux ; • Échauffement de l'appareil entraînant des lésions des tissus dans la poche d'implantation, une gêne pour le patient ou les deux ; • Courants induits sur les sondes entraînant une stimulation permanente, TV/FV, un malaise hémodynamique ou les trois ; • Endommagement de l'appareil ou des sondes entraînant une incapacité du système à détecter ou à traiter les rythmes cardiaques irréguliers et/ou une incapacité du système à traiter correctement la			

pathologie du patient ;

- Dommages sur le fonctionnement ou l'intégrité mécanique de l'appareil conduisant à une incapacité à communiquer avec l'appareil ;
- Déplacement ou vibration de l'appareil ou des sondes ;
- Déplacement de la sonde ;
- Stimulation compétitive et induction TV/FV potentielle si une stimulation asynchrone est programmée lorsque les réglages IRM sont activés ;
- Syncope provoquée par une perte de stimulation si aucun support de stimulation n'est programmé avec les réglages IRM.

– Produire un rapport des paramètres permanents du patient.
Sélectionner et sauvegarder les réglages IRM.
– Revoir la liste de contrôle IRM et programmer les réglages IRM.
– Désactiver les réglages IRM.
– Les paramètres de la fonction IRM sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Paramètres programmables et fixes de la fonction MRI du stimulateur QUADRA ALLURE MP, PM3562

Paramètres	**Options à sélectionner**	**Paramètres nominaux**
Mode IRM	DOO, VOO, AOO, stimulation OFF	DOO
Fréquence de base IRM	30-100 bpm, par palier de 5 bpm	85 bpm
Délai AV stimulé IRM	25-120 ms, par palier de 10 ms	120 ms
Configuration de stimulation IRM	Bipolaire	Bipolaire
Amplitude d'impulsion IRM	5,0 V, 7,5 V	5,0 V
Durée d'impulsion IRM	1,0 ms	1,0 ms
Configuration de stimulation ventriculaire droite	Bipolaire	Bipolaire
Amplitude de pulsation ventriculaire droite	5,0 V, 7,5 V	5,0 V
Durée d'impulsion ventriculaire droite	1,0 ms	1,0 ms
Chambre de stimulation ventriculaire IRM	VG seulement	VG seulement

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 Abbott Medical France SAS,
– Patient porteur d'aucun autre appareil implanté,
– Patient apyrétique,
– Système de stimulation implanté dans la région pectorale,
– Seuil de capture stable,
– 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 < ou = à 30 minutes, – Débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM < ou = à 2,0 W/kg, – Débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM < ou = à 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. 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 : o un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient o 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 QUADRA ALLURE MP (référence PM3562), à connecteur conforme aux normes européennes - Eléments du système de télésurveillance MERLIN.NET destinés au patient incluant : o un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation, o un étui de transport et un manuel patient, o un adaptateur cellulaire (clé USB 2-3G) à brancher sur le transmetteur, o un kit wifi composé d'un routeur wifi à relier au boitier multiservice du patient et d'une clé USB wifi à brancher sur le transmetteur MERLIN@HOME (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient), o un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi).			

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).

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 SSIFrance, 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 DDDFrance ;
- de 3 unités par patient si le boîtier implanté est un stimulateur triple chambre.

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**471,47**	**471,47**	**01-07-2018**

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).

A. – 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 euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3436956	Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDDFrance. Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDDFrance, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient.	**471,47**	**471,47**	**01-07-2018**

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 : - dans la limite d'une unité par patient, pour toute connexion à un stimulateur de type SSI France ou tout défibrillateur double ou triple chambre ; - dans la limite de deux unités par patient pour toute connexion à un stimulateur de type DDDFrance ou triple chambre.	**471,47**	**471,47**	**01-07-2018**
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 VVIFrance, DDDFrance, ou triple chambre.	**471,47**	**471,47**	**01-07-2018**

B. – 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.

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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**782,00**	**782,00**	**01-07-2018**
3498101	Sondes transveineuses stim. Ventriculaire gauche, non filoguidées, non conformes. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de	**782,00**	**782,00**	**01-07-2018**

	stéroïde, non conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est limitée aux cas de remplacement de matériel.			

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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**782,00**	**782,00**	**01-07-2018**
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.	**782,00**	**782,00**	**01-07-2018**

Section 3. – Pompes implantables

Paragraphe 1. – Pompes implantables pour chimiothérapie et pour administration intrathécale continue de solution de Baclofène ou d'antalgiques

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**6031,35**	**6031,35**	**15-03-2024**

	La prise en charge de SYNCHROMED est assurée lors de la primo-implantation et lors du changement d'une pompe programmable. 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, 8780 et 8781	**360,02**	**360,02**	**15-03-2024**
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 les références 8835 et TH90T02	**987,22**	**987,22**	**15-03-2024**

Paragraphe 2. – Pompes à insuline implantables

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Indications

Patients adultes diabétiques de type 1 non contrôlés par insuline administrée par voie sous-cutanée (y compris via une pompe) et présentant des épisodes hyperglycémiques et/ou hypoglycémiques sévères, fréquents ou non expliqués.

Contre-indications

- troubles psychologiques affectant les capacités de gérer le traitement insulinique,
- troubles sévères de l'alimentation,
- rétinopathie ischémique tant qu'un traitement approprié par panphotocoagulation au laser n'est pas achevé afin d'éviter les complications liées à une diminution rapide de la glycémie,
- comorbidité sévère, affectant les capacités fonctionnelles et surtout l'espérance de vie du patient à court terme,
- adolescents n'ayant pas encore atteint la taille adulte, a fortiori les enfants.

Modalités de prescription et d'utilisation

Le kit d'implantation stérile comprend une pompe implantable, un holster, un communicateur personnel et un cathéter.

L'implantation de la pompe dans la paroi abdominale et l'insertion du cathéter dans la cavité péritonéale sont réalisées sous anesthésie générale ou locale par un chirurgien.

La programmation de la pompe est réalisée par le médecin.

Un rendez-vous pour le premier remplissage de la pompe doit être pris avec le patient dès l'implantation.

La pompe MINIMED 2007D est réservé exclusivement à l'injection d'INSUMAN implantable 400 UI/ml (insuline humaine). La pompe contient environ 6 000 unités d'insuline. Les procédures de remplissage (en général tous les 45 à 60 jours) et de rinçage (systématique tous les neuf mois) requièrent la présence simultanée d'un médecin et d'une infirmière. Ces actes sont réalisés en hospitalisation de jour.

La prescription initiale d'une pompe implantable intra-péritonéale doit être réalisée dans un centre initiateur, répondant au cahier des charges défini ci-dessous.

La structure multiprofessionnelle réalise un suivi des patients implantés par pompe à insuline par voie intra-péritonéale au minimum tous les trois mois. Elle est responsable de l'ensemble des procédures techniques et cliniques que le traitement nécessite.

Garantie

En dehors de la période de garantie de deux ans et jusqu'à six ans après l'implantation d'une pompe, dans le cas où la batterie, dans le cadre d'une utilisation normale, n'atteint pas une durée de vie de six ans, un remplacement gracieux de la pompe sera effectué par la société Medtronic après signalement de l'incident par le centre initiateur.

Centres initiateurs
Un centre initiateur a trois missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.
Un centre initiateur doit s'appuyer sur une équipe multiprofessionnelle formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique et à l'insulinothérapie intensive sous toutes ses formes (incluant la pompe externe). Ce centre dispose d'une expertise pour le traitement par pompe à insuline implantable et dispose d'un service de chirurgie compétent.
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 implantables.
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.
Une astreinte médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une unité de soins continus ou intensifs. Il doit également disposer de locaux dédiés à toute procédure nécessaire au traitement et permettant de les réaliser dans les conditions d'asepsie requises, de l'intervention d'une équipe chirurgicale formée au traitement par pompe implantable, et d'une structure de radiologie permettant de réaliser tous les examens nécessaires à titre diagnostique et/ou thérapeutique.
Un programme structuré d'éducation concernant les pompes implantables 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.
Au cours de l'hospitalisation pour implantation de la pompe, le patient reçoit une formation intensive

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3429360	Pompe implant, insuline en intra-péritonéale, MEDTRONIC, MINIMED 2007D, primo Pompe implantable pour administration d'insuline par voie intra-péritonéale, MINIMED 2007D en primo-implantation de la société MEDTRONIC France SAS. Références prises en charge : Pompe implantable : MMT-2007D Holster : ACC-3160	**30472,44**	**30472,44**	**01-06-2023**
3437157	Pompe implant, insuline en intra-péritonéale, MEDTRONIC, MINIMED 2007D, renouv Renouvellement de pompe implantable pour administration d'insuline par voie intra-péritonéale, MINIMED 2007D, de la société MEDTRONIC France SAS. Le renouvellement de la pompe ne peut être pris en charge que pour une pompe implantée depuis plus de 6 ans. Référence prise en charge : Pompe implantable : MMT-2007D.	**19633,55**	**19633,55**	**01-06-2023**
3455103	Pompe implant, insuline en intra-péritonéale, MEDTRONIC, MINIMED 2007D, cathéter Références prises en charge : - MMT-4024 cathéter à port d'accès latéral pour pompe implantable MINIMED 2007D références MMT-2007C et MMT-2007D (longueur proximale 12,7cm – longueur distale 10,2cm) - MMT-4027 cathéter à port d'accès latéral pour pompe implantable MINIMED 2007D références MMT-2007C et MMT-2007D (longueur proximale 12,7cm – longueur distale 17,7cm)	**1603,60**	**1603,60**	**01-06-2023**
3430511	Pompe implant, insuline en intra-péritonéale, MEDTRONIC, MINIMED 2007D, communicat Référence prise en charge : Communicateur : MMT-3160FR.	**1740,75**	**1740,75**	**01-06-2023**

Section 4. – Neurostimulateur médullaire implantable

A. - Neurostimulateur médullaire rechargeable

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3499359	Neurostimulateur médullaire, syst complet+accessoires, BOSTON, PRECISION SPECTRA Système complet PRECISION SPECTRA avec l'ensemble de ses accessoires pour primo-implantation (hors électrode). DESCRIPTION Le système PRECISION SPECTRA est un stimulateur multi-canaux qui possède un accumulateur. Le stimulateur se connecte sur une ou plusieurs sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 32 contacts thérapeutiques. Ce stimulateur possède également un système de communication par télémétrie recevant et décodant les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être implantés. En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement doit être accompli afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention	**19153,85**	**19153,85**	**01-03-2023**

	du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). REFERENCE PRISE EN CHARGE Boîtier PRECISION SPECTRA : M365SC11320 PRECISION SPECTRA est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 6 novembre 2015 publié au JO le 10 novembre 2015.			
3435649	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION SPECTRA, renouvellement Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur PRECISION SPECTRA ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire quelle que soit la marque. PRECISION SPECTRA est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 6 novembre 2015 publié au JO le 10 novembre 2015.	**15668,49**	**15668,49**	**01-03-2023**
3485446	Neurostim médullaire, BOSTON, PRECISION MONTAGE MRI, syst. complet + accessoires Système complet et accessoires pour primo-implantation : neurostimulateur médullaire PRECISION MONTAGE MRI de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur PRECISION MONTAGE MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier PRECISION MONTAGE MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le	**19153,85**	**19153,85**	**01-03-2023**

	bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être implantés. En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement doit être accompli afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PRECISION MONTAGE MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs possédant la technologie d'IRM corps entier IMAGEREADY et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Les systèmes d'IRM qui répondent aux critères suivants : - Intensité fournie par l'aimant de l'appareil d'IRM de 1,5 T uniquement, dans un système fermé selon un axe horizontal (pas de système à champ vertical, en position debout ou pour les membres). - Systèmes à gradient avec une vitesse de balayage maximale par axe inférieure ou égale à 200 T/m/s. - Gradient de champ magnétique spatial maximal inférieur ou égal à 40 T/m (4000 gauss/cm). Configuration de bobine d'IRM : - Bobine d'émission : émission/réception corps entier, émission/réception tête ou émission/réception extrémité de 1,5 T. Quadrature RF uniquement (produisant un champ RF avec une polarisation circulaire perpendiculaire au champ magnétique statique). - Bobine uniquement de réception : tout type. - Imagerie de l'hydrogène/du proton uniquement. Etat du patient et positionnement : - Le patient est en position allongée sur le dos ou sur le ventre uniquement. - L'emplacement de la sonde est épidural. - Le générateur d'impulsions est implanté dans le haut de la fesse ou le flanc inférieur. - Le générateur d'impulsions doit être entièrement chargé. Paramètres du système IRM : - Fonctionnement du scanner dans les limites, ou en dessous, du mode de fonctionnement normal pour l'exposition aux RF et au gradient : le taux d'absorption spécifique (TAS) pour le corps entier doit être ≤ 2,0 W/kg, le TAS pour la tête doit être ≤ 3,2 W/kg. Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs possédant la technologie IRM corps entier IMAGEREADY avant l'examen IRM puis activée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. REFERENCE PRISE EN CHARGE : M365SC12000.			

	PRECISION MONTAGE MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I de l'arrêté du 28 juin 2017 publié le 30 juin 2017.			
3420062	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION MONTAGE MRI, renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur PRECISION MONTAGE MRI ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire quelle que soit la marque. REFERENCE PRISE EN CHARGE : M365SC12000. PRECISION MONTAGE MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I de l'arrêté du 28 juin 2017 publié le 30 juin 2017.	**15668,49**	**15668,49**	**01-03-2023**
3486612	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, SPECTRA WAVEWRITER, système complet + acc. Système complet SPECTRA WAVEWRITER neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur…) pour primo-implantation. DESCRIPTION Le système SPECTRA WAVEWRITER est un stimulateur multi-canaux qui possède un accumulateur. Le stimulateur se connecte sur une ou plusieurs sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 32 contacts thérapeutiques. Ce stimulateur possède également un système de communication par télémétrie recevant et décodant les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. La garantie commerciale couvre les 5 premières années après l'implantation du système. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être	**19153,85**	**19153,85**	**01-02-2024**

	suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. La mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et, le cas échéant, extension) doit figurer sur la carte d'identification remise au patient. De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : M365SC1060B0 M365SC11600 SPECTRA WAVEWRITER est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R. 165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			
3426805	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, SPECTRA WAVEWRITER, renouvellement. Le neurostimulateur SPECTRA WAVEWRITER de la société BOSTON SCIENTIFIC en cas de renouvellement. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : M365SC11600. SPECTRA WAVEWRITER est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R. 165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.	**15668,49**	**15668,49**	**01-02-2024**
3402472	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, WAVEWRITER ALPHA SYSTEM, syst complet + acc Système complet WAVEWRITER ALPHA SYSTEM neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur…) pour primo-implantation. DESCRIPTION Les systèmes WAVEWRITER ALPHA SYSTEM sont des stimulateurs multi-canaux se connectant sur une ou plusieurs sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de: ► 16 contacts thérapeutiques pour la référence M365SC12160 ► 32 contacts thérapeutiques pour la référence M365SC12320 Les stimulateurs WAVEWRITER ALPHA utilisent la technologie Bluetooth à basse consommation pour la communication avec la télécommande du patient et le programmateur du praticien. INDICATIONS: Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par: ► Une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable; ► ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes:	**19153,85**	**19153,85**	**31-03-2026**

	► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur WAVEWRITER ALPHA SYSTEM ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50% objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). Il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit comporter la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent également être informés du risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur WAVEWRITER ALPHA SYSTEM doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs possédant la technologie d'IRM corps entier IMAGEREADY et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant: ► Les systèmes d'IRM doivent remplir les critères suivants: • Champs magnétique IRM de 1,5 T uniquement dans un système fermé horizontal (pas de système à champ vertical, en position debout ou pour les extrémités), • Systèmes de gradient avec une vitesse de balayage de gradient maximale par axe inférieure ou égale à 200 T/m/s, • Gradient maximal du champ spatial inférieur ou égal à 40 T/m (4000 gauss/cm). ► Configuration de bobine d'IRM: • Bobine d'émission: émission/ réception corps entier, émission/ réception tête ou émission/ réception extrémité de 1,5 T; quadrature RF uniquement (produisant un champ RF avec une polarisation circulaire perpendiculaire au champ magnétique statique), • Bobine de réception uniquement: tout type, • Imagerie hydrogène/ proton uniquement. ► État du patient et positionnement: • Le patient doit être en décubitus dorsal ou en position couchée uniquement. • Le stimulateur doit être implanté dans le haut de la fesse ou le flanc inférieur. • L'emplacement de la sonde est épidural. • Le mode IRM doit être activé à l'aide de la télécommande. ► Paramètres du système IRM: • Pour les patients porteurs d'un système de la gamme WAVEWRITER ALPHA et des sondes AVISTA IRM: fonctionnement du scanner dans les limites, ou en dessous, du mode de fonctionnement normal pour l'exposition aux RF et au gradient: le DAS pour le corps entier doit être ≤ 2,0 W/kg, le DAS pour la tête doit être ≤ 3,2 W/kg. • Pour les patients porteurs d'un système de la gamme WAVEWRITER ALPHA et autres sondes compatibles à l'IRM: o fonctionnement du scanner dans les			

	limites, ou en dessous, du mode de fonctionnement normal pour l'exposition aux RF et au gradient: le DAS pour la tête doit être ≤ 3,2 W/kg; o le paramètre B1+rms affiché par l'IRM doit être ≤ 3,2 µT pour une IRM corps entier ou extrémité. Si le paramètre B1+rms n'est pas disponible, la séquence d'examens doit présenter un DAS corps entier et tête ≤ 0,4 W/kg. ► Temps d'exposition: La durée active cumulée de l'examen (avec activation de RF) doit être limitée à 30 minutes par session d'imagerie. Si une durée active de balayage de 30 minutes est atteinte, il faudra laisser passer un temps d'inactivité de 60 minutes avant de continuer. Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs possédant la technologie IRM corps entier IMAGEREADY avant l'examen IRM puis activée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. REFERENCES PRISES EN CHARGE: M365SC12160 M365SC12320 WAVEWRITER ALPHA SYSTEM est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			
3463373	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, WAVEWRITER ALPHA SYSTEM, renouvellement Système WAVEWRITER ALPHA SYSTEM neurostimulateur rechargeable en cas de renouvellement. INDICATIONS: Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par: ► Une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable; ► ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes: ► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme WAVEWRITER ALPHA SYSTEM peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. REFERENCES PRISES EN CHARGE: M365SC12160 M365SC12320 WAVEWRITER ALPHA SYSTEM est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.	**15668,49**	**1568,49**	**31-03-2026**

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3400177	Neurostimu. médul, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, syst. complet+acces. Le système complet RestoreADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable, - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur RESTOREADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme SURESCAN MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. » MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation n'est recommandée que chez les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, un suivi à trois mois et à un an est recommandé puis annuellement, afin de réaliser une	**19411,35**	**19411,35**	**01-03-2023**

	visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un système 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, afin de vérifier l'intégrité du système et l'absence de déprogrammation, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur à l'issue de l'examen IRM.			
3455511	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement. Le neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 97713. RestoreADVANCED SURESCAN MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 18 avril 2014 publié au JO le 24 avril 2014.	**15879,14**	**15879,14**	**01-03-2023**
3451163	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, système complet + accessoires. Le système complet RestoreSENSOR : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :	**19411,35**	**19411,35**	**01-03-2023**

	- une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable, - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger. Le stimulateur RESTORESENSOR n'étant pas IRM corps entier compatible, il est désormais destiné au remplacement de générateurs lorsque les électrodes implantées sont également d'une génération ne permettant pas la compatibilité IRM corps entier. » MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation n'est recommandée que chez les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, un suivi à trois mois et à un an est recommandé puis annuellement, afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). » RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 37714. RestoreSENSOR est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 6 avril 2011 publié au JO le 12 avril 2011.			
3498182	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, renouvellement. Neurostimulateur médullaire RestoreSENSOR de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreSENSOR ne peut intervenir qu'à	**15879,14**	**15879,14**	**01-03-2023**

	l'issue d'une période de 9 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. RestoreSENSOR est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 6 avril 2011 publié au JO le 12 avril 2011.			
3410218	Neurostimu. médul, MEDTRONIC, RestoreSENSOR SURESCAN MRI, syst. complet + acces. Le système complet RestoreSENSOR SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable, - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur RESTORESENSOR SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme SURESCAN MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. » MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan	**19411,35**	**19411,35**	**01-03-2023**

	de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation n'est recommandée que chez les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, un suivi à trois mois et à un an est recommandé puis annuellement, afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un système 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, afin de vérifier l'intégrité du système et l'absence de déprogrammation, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur à l'issue de l'examen IRM. » RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 97714. RestoreSENSOR SURESCAN MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 18 avril 2014 publié au JO le 24 avril 2014.			
3482614	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR SURESCAN MRI, renouvellement. Neurostimulateur médullaire RestoreSENSOR SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreSENSOR SURESCAN MRI ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 97714. RestoreSENSOR SURESCAN MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au	**15879,14**	**15879,14**	**01-03-2023**

	même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 18 avril 2014 publié au JO le 24 avril 2014.			
3412312	Neurostimu. médul, MEDTRONIC, INTELLIS, syst. complet + accessoires. Le système complet INTELLIS : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. DESCRIPTION INTELLIS est un stimulateur multi-canaux doté d'une source d'alimentation rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques. Le stimulateur possède également un système de communication par télémétrie recevant et décodant les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable, - ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs). Dans les indications suivantes : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le neurostimulateur INTELLIS ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier INTELLIS peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être	**19411,35**	**19 411,35**	**01-01-2024**

	suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. La mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension) doit figurer sur la carte d'identification remise au patient. De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un système INTELLIS 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. 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, afin de vérifier l'intégrité du système et l'absence de déprogrammation, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur à l'issue de l'examen IRM. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 97715 INTELLIS est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			
3489119	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, INTELLIS, renouvellement. Le neurostimulateur INTELLIS de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur INTELLIS ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 97715 INTELLIS est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.	**15879,14**	**15879,14**	**01-01-2024**

ANNEXE I

FICHE D'INFORMATION THERAPEUTIQUE
INTELLIS
Système implantable et rechargeable de neurostimulation médullaire
(Medtronic France SAS)

I. Caractéristiques principales
Description : Le système INTELLIS 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 neurostimulateur 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. INTELLIS possède un capteur destiné à détecter en temps réel la position tridimensionnelle du patient afin d'adapter automatiquement l'amplitude de la stimulation délivrée (technologie AdaptiveStim). Ce capteur est associé à deux fonctions mémoire : la première pour enregistrer la tendance de position et la seconde pour mesurer la tendance d'amplitude.
La fonction SURESCAN MRI rend compatible les systèmes implantables et rechargeables de neurostimulation médullaire avec la réalisation d'une IRM corps entier sous conditions (code d'identification radio-opaque spécifique sur le boîtier). La fonction SURESCAN MRI n'interfère pas avec la longévité de l'accumulateur.
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 (1) :

Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :
- une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable,
- ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs).

Dans les indications suivantes :
- Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à :
- un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ;
- un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ;
- un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.
- Douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger.

Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur de la gamme INTELLIS ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).
Dans ces indications prises en charge, le neurostimulateur INTELLIS offre un Service Attendu suffisant et une absence d'Amélioration du Service Attendu (ASA V) (2) par rapport aux systèmes implantables et rechargeables de stimulation médullaire RESTORESENSOR SURESCAN MRI et PRODIGY MRI inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables.

Conditions de remboursement :
- La validation de l'indication doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire (a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre), dans le cadre d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique.
- La mise en place du système doit être faite par un médecin ayant acquis par compagnonnage les connaissances nécessaires à la réalisation des actes dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre et les maintenir.
- Les visites de contrôle (suivis à 3 mois, 1 an puis annuellement) doivent être réalisés dans le centre ayant procédé à l'implantation du système de neurostimulation ou dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique.

II. Place dans la stratégie thérapeutique
La prise en charge des douleurs chroniques d'origine neuropathique relève d'une approche multidisciplinaire. Les antalgiques habituels (paracétamol, AINS) n'ont pas d'efficacité avérée.
Elle fait appel en première intention à la prescription d'un antidépresseur tricyclique ou d'un antiépileptique. Le choix entre ces classes thérapeutiques est fonction du contexte, des comorbidités associées et de leur sécurité d'emploi.
La prescription d'opiacés forts est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique chronique après échec des traitements de première intention et, le cas échéant en association.
Les traitements médicaux non pharmacologiques tels que la rééducation, la psychothérapie ou la neurostimulation transcutanée peuvent être proposés seuls ou en association avec les

traitements médicamenteux (3).
Les techniques interventionnelles sont réservées aux échecs des traitements médicaux pharmacologiques ou non bien conduits. Les techniques les plus utilisées en fonction de l'étiologie sont la neurostimulation médullaire et l'analgésie intrathécale (après échec des techniques de neurostimulation). En dernier recours, après échec ou contre-indications aux techniques interventionnelles précédentes, les techniques ablatives peuvent être envisagées. En parallèle d'autres traitements dans la prise en charge des douleurs neuropathiques réfractaires font l'objet de recherches cliniques parmi lesquels peuvent être cités la stimulation du cortex moteur ou la stimulation nerveuse périphérique.

Les systèmes de neurostimulation médullaire disponibles se distinguent par différentes caractéristiques techniques. Les plus usuelles concernent :
- Le caractère rechargeable ou non des stimulateurs. Les indications d'implantation restent inchangées, seules les conditions d'implantation diffèrent.
- Le nombre de contacts thérapeutiques disponibles.
- La possibilité de pouvoir disposer de plusieurs modalités de stimulation (parmi lesquelles peuvent être citées la stimulation tonique, en salves ou à fréquence élevée).

Toutes ces évolutions ont permis d'améliorer la prise en charge des patients mais aucune donnée clinique probante n'est disponible pour distinguer les dispositifs entre eux.
Apport du produit
La Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) considère que les systèmes de neurostimulation médullaire implantables et rechargeables INTELLIS, RESTORESENSOR SURESCAN MRI et PRODIGY MRI inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) sont techniquement équivalents en termes de paramètres de stimulation, d'électrodes, de boîtier et de batterie.
La Commission note l'absence de donnée clinique pertinente concernant l'apport des technologies AdaptiveStim et SURESCAN MRI.
III. Utilisation pratique
La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation).
Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit mentionner le caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps).

Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur INTELLIS 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 $\leq$ 2,0 W/kg
- TAS tête rapporté par l'équipement IRM $\leq$ 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.
IV. Spécifications économiques et médico-sociales
INTELLIS (Medtronic France SAS) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR.

- Conditions de prise en charge

Tarif de remboursement : 19 411,35 Euros.
La prescription doit être effectuée sur une ordonnance de produit de santé d'exception. Elle doit être conforme aux indications mentionnées dans la présente fiche.

- Adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à :

Haute Autorité de santé - DEMESP - Service de l'Evaluation des Dispositifs
5, avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.

(1) Avis de la CNEDiMTS du 6 novembre 2018.
(2) L'ASA est cotée de I (amélioration majeure) à V (absence d'amélioration).
(3) Société française d'étude et de traitement de la douleur, Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs 2010 ; 11 (1) : 3-21.

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3406725	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , PRODIGY MRI, système complet + access. Le système complet PRODIGY MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à 30 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 la phase de stimulation test. La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur PRODIGY MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM compatibles sous conditions. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier PRODIGY MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan	**19411,35**	**19411,35**	**15-08-2022**

	de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être implantés. En termes de suivi, il doit être réalisé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Par ailleurs, les patients porteurs d'un stimulateur PRODIGY MRI peuvent réaliser des IRM sous réserve de respecter l'intégralité des recommandations émises par le fabricant. Parmi ces conditions, le stimulateur doit être implanté au niveau supérieur du fessier (bas du dos, ligne médiane, flanc ou abdomen). Concernant la localisation des électrodes, les extrémités doivent être implantées entre les vertèbres T7 et T12. Les IRM peuvent être réalisées sous réserve que le boîtier PRODIGY MRI soit relié aux électrodes OCTRODE 60 cm (modèle 3186) et PENTA 60 cm (modèle 3228), en l'absence d'extension complémentaire. Seules des IRM du crâne, des membres inférieurs (sauf la hanche) et des membres supérieurs (sauf l'épaule) sont autorisées. Avant de procéder à l'examen IRM, le système de neurostimulation du patient doit être réglé en mode IRM à l'aide de la télécommande remise au patient. Lors de l'examen, le patient doit être positionné en décubitus dorsal avec les bras le long de son corps. Les IRM doivent être réalisées dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Les systèmes d'IRM qui répondent aux critères suivants : - Intensité fournie par l'aimant de l'appareil d'IRM de 1,5 T uniquement, dans un système fermé selon un axe horizontal. - Systèmes à gradient avec une vitesse de balayage maximale par axe ≤ 200 T/m/s. - Gradient de champ magnétique spatial maximal inférieur ou égal à 30 T/m (3 000 G/cm). Configuration de bobine d'IRM : antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs IRM compatibles sous conditions de la gamme ABBOTT MEDICAL France avant l'examen IRM puis réactivée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Les références suivantes sont prises en charge : - le boîtier de neurostimulation (modèle 3772). Ce boîtier est fourni avec une clé dynamométrique (modèle 1101), un calibreur de poche, deux bouchons de connecteur (modèle 1111), un tunnelisateur (modèle 1112) et un manuel d'utilisation ; - le chargeur (modèle 3730). Ce chargeur est fourni avec une antenne de communication, un adaptateur d'alimentation, un cordon d'alimentation, une ceinture, un sac pour l'antenne, un boîtier et un étui ; - la télécommande patient (modèle 3856). Cette télécommande est fournie avec une antenne de communication, un bloc de piles et 3 piles AAA, un étui de protection, un aimant de contrôle (modèle 1210) et un manuel d'utilisation. PRODIGY MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article,			

<table>
<tr><td></td><td>correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3470485</td><td>Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , PRODIGY MRI, renouvellement.
Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur PRODIGY MRI ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 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 3772.
PRODIGY MRI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits figure en annexe I du présent arrêté.</td><td>15879,14</td><td>15879,14</td><td>15-08-2022</td></tr>
<tr><td>3417077</td><td>Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , EON, système complet + accessoires.
Le système complet EON : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation.
INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :
- une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable notamment ITREL 3 et GENESIS ;
- 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).
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.</td><td>19153,85</td><td>19153,85</td><td>15-09-2013</td></tr>
<tr><td>3444789</td><td>Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM 5, système complet + access
Le système complet : stimulateur avec l’ensemble de ses accessoires PROCLAIM 5 pour primo-implantation.
DESCRIPTION
Les systèmes PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 comprennent un stimulateur multi-canaux et une source d’alimentation non rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes électrodes avec, le cas échéant, des extensions d’électrodes (implantation par laminectomie ou par voie percutanée) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques.
PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 possèdent une tête de connexion qui est exclusivement compatible avec certaines sondes et certaines extensions de la marque MEDTRONIC datant d’avant le 5 mai 2015. Seules les références en gras dans le tableau ci-après sont prises en charge :

<table><tr><td>Sondes / électrodes permanentes</td><td>3776-45 ; 3776-60 ; 3776-75
3876-45 ; 3876-60 ; 3876-75
3777-45 ; 3777-60 ; 3777-75</td></tr></table></td><td>9710,33</td><td>9710,33</td><td>15-08-2022</td></tr>
</table>

	3877-45 ; 3877-60 ; 3877-75 3778-45 ; 3778-60 ; 3778-75 **3878-45 ; 3878-60 ; 3878-75** **39286-30 ; 39286-65** **39565-30 ; 39565-65**
Extensions / prolongateurs	3708120 ; 3708140 ; 3708160 ; 3708220 ; 3708240 ; 3708260 ; 3708320 ; 3708340 ; 3708360

INDICATIONS PRISES EN CHARGE

Renouvellement de stimulateur implantable non rechargeable de neurostimulation médullaire en cas de

Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à

-un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ;

-un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an

-un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.

Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec *a minima* un algologue et un psychologue ou un psychiatre

Ce bilan doit inclure

-une évaluation psychosociale

-une évaluation de la douleur sur une échelle validée et

-une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient

Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être implantés

En termes de suivi, il doit être réalisé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation.

Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps)

Les systèmes PROCLAIM 5 ne sont pas IRM compatibles sous conditions

REFEFENCE PRISE EN CHARGE

Référence 3661

3451878	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM 5, renouvellement REFEFENCE PRISE EN CHARGE	**8892,91**	**8892,91**	**15-08-2022**

	Référence 3661			
3441130	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM 7, système complet + access. Le système complet : stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires PROCLAIM 7 pour primo-implantation. Les systèmes PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 comprennent un stimulateur multi-canaux et une source d'alimentation non rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes électrodes avec, le cas échéant, des extensions d'électrodes (implantation par laminectomie ou par voie percutanée) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques PROCLAIM 5 et PROCLAIM 7 possèdent une tête de connexion qui est exclusivement compatible avec certaines sondes et certaines extensions de la marque MEDTRONIC datant d'avant le 5 mai 2015. Seules les références suivantes sont prises en charge : 3876-45 ; 3876-60 ; 3876-75 ; 3877-45 ; 3877-60 ; 3877-75 ; 3878-45 ; 3878-60 ; 3878-75 ; 39286-30 ; 39286-65 ; 39565-30 ; 39565-65 **INDICATIONS PRISES EN CHARGE** Renouvellement de stimulateur implantable non rechargeable de neurostimulation médullaire en cas de Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à -un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire -un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an -un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec *a minima* un algologue et un psychologue ou un psychiatre Ce bilan doit inclure -une évaluation psychosociale -une évaluation de la douleur sur une échelle validée et -une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être	**9710,33**	**9710,33**	**15-08-2022**

	implantés. En termes de suivi, il doit être réalisé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les systèmes PROCLAIM 7 ne sont pas IRM compatibles sous conditions REFEFENCE PRISE EN CHARGE Référence 3663			
3414630	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM 7, renouvellement REFEFENCE PRISE EN CHARGE Référence 3663	**8892,91**	**8892,91**	**15-08-2022**

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
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,
Un 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 Evoqués 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 %.

RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3716.
EON est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 7 septembre 2010 publié au JO le 14 septembre 2010.
Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2018

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3406412	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , EON, renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur EON ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 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. EON est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 7 septembre 2010 publié au JO le 14 septembre 2010.	**15668,49**	**15668,49**	**15-09-2018**
3402992	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , EON MINI, système complet + accessoires. Le système complet EON MINI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : Les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - 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	**19153,85**	**19153,85**	**15-09-2018**

	de potentiels évoqués somesthésiques ait 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 (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ; - douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.			

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
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,
Un 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 Evoqués 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 %.

RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788.
EON MINI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 3 février 2014 publié au JO le 7 février 2014.
Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2018.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3422730	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , EON MINI, renouvellement. Neurostimulateur médullaire seul. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur EON MINI ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 9 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 RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788. EON MINI est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R.165-1, dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe de l'arrêté du 3 février 2014 publié au JO le 7 février 2014.	**15668,49**	**15668,49**	**15-09-2018**

B. - Neurostimulateur médullaire non rechargeable

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3467129	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION NOVI. Le système non rechargeable complet PRECISION NOVI de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS : neurostimulateur avec l'ensemble de ses accessoires pour primo-implantation (hors électrode). INDICATIONS PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois ; - douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger.	**9710,33**	**9710,33**	**15-09-2021**
3456976	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, WAVEWRITER ALPHA PRIME, syst complet + access Système complet WAVEWRITER ALPHA PRIME neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires pour primo-implantation. DESCRIPTION Les systèmes WAVEWRITER ALPHA PRIME sont des stimulateurs multi-canaux se connectant sur une ou plusieurs sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de: ► 16 contacts thérapeutiques pour la référence M365SC14160, ► 32 contacts thérapeutiques pour la référence M365SC14320. Ils utilisent la technologie Bluetooth à basse consommation pour la communication avec la télécommande du patient et le programmateur du praticien. INDICATIONS: ► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur WAVEWRITER ALPHA PRIME ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des	**9710,33**	**9710,33**	**31-03-2026**

	douleurs d'au moins 50% objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit comporter la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent également être informés du risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur WAVEWRITER ALPHA PRIME doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs possédant la technologie d'IRM corps entier IMAGEREADY et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant: ► Les systèmes d'IRM doivent remplir les critères suivants: • Champs magnétique IRM de 1,5 T uniquement dans un système fermé horizontal (pas de système à champ vertical, en position debout ou pour les extrémités), • Systèmes de gradient avec une vitesse de balayage de gradient maximale par axe inférieure ou égale à 200 T/m/s , • Gradient maximal du champ spatial inférieur ou égal à 40 T/m (4000 gauss/cm). ► Configuration de bobine d'IRM: • Bobine d'émission: émission/ réception corps entier, émission/ réception tête ou émission/ réception extrémité de 1,5 T; quadrature RF uniquement (produisant un champ RF avec une polarisation circulaire perpendiculaire au champ magnétique statique), • Bobine de réception uniquement: tout type, • Imagerie hydrogène/ proton uniquement. ► État du patient et positionnement: • Le patient doit être en décubitus dorsal ou en position couchée uniquement . • Le stimulateur doit être implanté dans le haut de la fesse ou le flanc inférieur. • L'emplacement de la sonde est épidural. • Le mode IRM doit être activé à l'aide de la télécommande. ► Paramètres du système IRM: • Pour les patients porteurs d'un système de la gamme WAVEWRITER ALPHA et des sondes AVISTA IRM: fonctionnement du scanner dans les limites, ou en dessous, du mode de fonctionnement normal pour l'exposition aux RF et au gradient: le DAS pour le corps entier doit être ≤ 2,0 W/kg, le DAS pour la tête doit être ≤ 3,2 W/kg. • Pour les patients porteurs d'un système de la gamme WAVEWRITER ALPHA et autres sondes compatibles à l'IRM: o fonctionnement du scanner dans les limites, ou en dessous, du mode de fonctionnement normal pour l'exposition aux RF et au gradient: le DAS pour la tête doit être ≤ 3,2 W/kg; o le paramètre B1+rms affiché par l'IRM doit être ≤ 3,2 µT pour une IRM corps entier ou extrémité. Si le paramètre B1+rms n'est pas disponible, la séquence d'examens doit présenter un DAS corps entier et tête ≤ 0,4 W/kg. ► Temps d'exposition: La durée active cumulée de l'examen (avec activation de RF) doit être limitée à 30 minutes par session d'imagerie. Si une durée active de balayage de 30 minutes est atteinte, il faudra			

	laisser passer un temps d'inactivité de 60 minutes avant de continuer. Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs possédant la technologie IRM corps entier IMAGEREADY avant l'examen IRM puis activée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. REFERENCES PRISES EN CHARGE: M365SC14160 M365SC14320			
3452576	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, WAVEWRITER ALPHA PRIME, renouvellement Neurostimulateur non rechargeable WAVEWRITER ALPHA PRIME en cas de renouvellement. INDICATIONS: ► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme WAVEWRITER ALPHA PRIME peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. REFERENCES PRISES EN CHARGE: M365SC14160 M365SC14320	**8892,91**	**8892,91**	**31-03-2026**

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
La réalisation d'un bilan de pré-implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré-implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré-implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation des seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) est recommandée.
En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement est recommandé afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation.
Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps).

RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :
M365SC11400 : neurostimulateur ;
M365SC1042A0 : neurostimulateur et télécommande.
Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2021.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3458840	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, BOSTON, PRECISION NOVI. Le neurostimulateur PRECISION NOVI de la société BOSTON SCIENTIFIC S.A.S. en cas de renouvellement. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Un suivi à trois mois, un an puis chaque année est recommandé. La carte d'identification remise au patient doit préciser le caractère IRM compatible ou non compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). Les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE :	**8892,91**	**8892,91**	**15-09-2021**

	M365SC11400 : neurostimulateur ; M365SC1042A0 : neurostimulateur et télécommande.			

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 97740 …). 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 réalisation d'IRM cérébrale, dans des conditions 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 (référence : 97740) dispose d'une interface visuelle numérique permettant de visualiser le niveau de stimulation et l'état de la pile.	**5497,40**	**5497,40**	**01-03-2023**

INDICATIONS PRISES EN CHARGE
La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :

- Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à :
- un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ;
- un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ;
- un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.
- Douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger.

Le stimulateur ITREL 4 n'étant pas IRM corps entier compatible, il est désormais destiné au remplacement de générateurs lorsque les électrodes implantées sont également d'une génération ne permettant pas la compatibilité IRM corps entier. »

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de

stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation des seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) est recommandée.
En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement est recommandé afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation.
Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps).

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.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3451275	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, ITREL 4. Renouvellement du stimulateur ITREL 4. Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 4 ans et demi à compter de la précédente prise en charge.	**5207,30**	**5207,30**	**01-03-2023**
3495605	Neurostimu. médul, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, syst. complet + acces. Le système complet PRIMEADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation hors électrodes. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - Douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme SURESCAN MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier.	**9710,33**	**9710,33**	**01-03-2023**

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation n'est recommandée que chez les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation).
En termes de suivi, un suivi à trois mois et à un an est recommandé puis annuellement, afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des

paramètres de stimulation.
Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps).
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 :
- émission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée) ;
- émission-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.

RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE :
Boîtier PRIMEADVANCED SURESCAN MRI - 97702

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3424210	Neurostimu. médullaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement. Le neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement du boîtier. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme SURESCAN MRI peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. En termes de suivi, un suivi à trois mois et à un an est recommandé puis annuellement, afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. 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 : - émission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée) ; - émission-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 ;	**8892,91**	**8892,91**	**01-03-2023**

	- 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Boîtier PRIMEADVANCED SURESCAN MRI - 97702.			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3441414	Système implantable stimulation ganglion spinal, ABBOTT , AXIUM, syst compl+access Système complet et accessoires pour primo-implantation. Le système de stimulation du ganglion spinal AXIUM de la société Saint Jude Medical France est composé d'un stimulateur implantable non rechargeable à quatre canaux possédant un marqueur radio-opaque, d'un stimulateur de test, d'un programmateur clinique, d'un programmateur patient, d'une ou plusieurs électrodes qui peuvent être utilisées en association avec une extension et des accessoires et instruments utilisés pour l'implantation du système. INDICATION EXCLUSIVE Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. L'implantation des seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) est rcommandée. En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement est recommandé afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible ou non de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). REFERENCES PRISES EN CHARGE - MN20200 comprenant le neurostimulateur implantable, 3 bouchons de connecteur et 1 clé dynamométrique. - MN20600-2 correspondant à la télécommande ou programmateur patient ainsi que les références des accessoires suivantes : - MN20100 Neurostimulateur externe (test) - MN20550-50 (50 cm) Kit d'extension - MN21900 Kit instruments de tunnellisation de 30 cm - MN21350 Kit câble de raccordement	**9710,33**	**9710,33**	**03-10-2022**

	- MN23300 Kit aimant auxiliaire - MN22050 Kit accessoires des électrodes - MN22150 Kit introducteur à faible courbure de 22 cm - MN23650 Kit introducteur à grande courbure de 22 cm - MN23400 Kit chargeur de la télécommande - MN23500 Etui de transport de la télécommande - MN20700 Programmateur clinique - MN23850 Kit introducteur à faible courbure de 22 cm - MN23950 Kit introducteur à grande courbure de 22 cm - MN24000 Aiguille courbe			
3431947	Système implantable de stimulation ganglion spinal, ABBOTT, AXIUM, renouvellement Stimulateur AXIUM référence MN20200 et MN20600-2 et ses accessoires en cas de renouvellement. INDICATION EXCLUSIVE Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement est recommandé afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Date de fin de prise en charge :.	**8892,91**	**8892,91**	**31-09-2022**
3437476	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , PROCLAIM ELITE, système complet + access. Le système complet : stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires PROCLAIM ELITE pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire ; - un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an ; - un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur PROCLAIM ELITE ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM compatibles sous conditions. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier PROCLAIM ELITE peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients.	**9710,33**	**9710,33**	**15-08-2022**

	Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Seuls les patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation) doivent être implantés. En termes de suivi, il doit être réalisé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Par ailleurs, les patients porteurs d'un stimulateur PROCLAIM ELITE peuvent réaliser des IRM sous réserve de respecter l'intégralité des recommandations émises par le fabricant. Parmi ces conditions, le stimulateur doit être implanté au niveau supérieur du fessier (bas du dos, ligne médiane, flanc ou abdomen). Concernant la localisation des électrodes, les extrémités doivent être implantées entre les vertèbres T7 et T12. Les IRM peuvent être réalisées sous réserve que le boîtier PROCLAIM ELITE soit relié aux électrodes OCTRODE 60 cm (modèle 3186) et PENTA 60 cm (modèle 3228), en l'absence d'extension complémentaire. Sous conditions, les IRM corps entier peuvent être envisagées. Cependant, le fabricant précise que les examens des hanches et des épaules sont exclus. Avant de procéder à l'examen IRM, le système de neurostimulation doit être réglé en mode IRM à l'aide de la télécommande remise au patient. Lors de l'examen, le patient doit être positionné en décubitus dorsal avec les bras le long de son corps. Les IRM doivent être réalisées dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Les systèmes d'IRM qui répondent aux critères suivants : Intensité fournie par l'aimant de l'appareil d'IRM de 1,5 T uniquement, dans un système fermé selon un axe horizontal. Systèmes à gradient avec une vitesse de balayage maximale par axe ≤ 200 T/m/s. Gradient de champ magnétique spatial maximal inférieur ou égal à 30 T/m (3 000 G/cm). Configuration de bobine d'IRM : Système associé à l'électrode OCTRODE (modèle 3186) : antenne de corps émettrice RF avec une quelconque antenne réceptrice seulement (SAR corps entier ≤ 0,8 W/kg) ou antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). Système associé à l'électrode PENTA (modèle 3228) : antenne de corps émettrice RF avec une quelconque antenne réceptrice seulement (SAR corps entier ≤ 0,1 W/kg) ou antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs IRM compatibles sous conditions de la gamme ABBOTT MEDICAL France avant l'examen IRM puis réactivée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE La demande concerne les références suivantes : - les boîtiers de neurostimulation PROCLAIM 5 ELITE (modèle 3660) et PROCLAIM 7 ELITE (modèle 3662). Les boîtiers sont fournis avec une clé dynamométrique (modèle 1101), un calibreur de poche, deux bouchons de connecteur (modèle 1111) et un manuel d'utilisation ;			

	- la télécommande patient (modèle 3883 pour le hardware et modèle 3875 pour l'application contrôleur patient). Cette télécommande est fournie avec son câble de charge, un étui de protection, un aimant de contrôle (modèle 1210) et un manuel d'utilisation.			
3423155	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, ABBOTT , PROCLAIM ELITE. Le stimulateur PROCLAIM ELITE (références 3660 et 3662), en cas de renouvellement.	**8892,91**	**8892,91**	**15-08-2022**
3477300	Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, ABBOTT , GENESIS Le système complet : stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, générateur d'impulsion,…) GENESIS pour primo-implantation. DESCRIPTION : Le système implantable de neurostimulation médullaire GENESIS comporte des éléments à usage individuel implantables (générateur d'impulsions, électrodes, extension si nécessaire), des éléments à usage individuel non implantables (programmateur patient, aimant de contrôle) et des éléments de programmation utilisés par le médecin (système de programmation, stimulateur externe) INDICATIONS PRISES EN CHARGE : 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 (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques) ; - douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV	**5497,40**	**5497,40**	**15-09-2018**
3419389	Système implantable stimulation ganglion spinal, ABBOTT, PROCLAIM DRG, syst compl+access Système complet et accessoires pour primo-implantation. Le système de stimulation du ganglion spinal PROCLAIM DRG est composé d'un stimulateur implantable non rechargeable à quatre canaux possédant un marqueur radio-opaque, d'un stimulateur de test, d'un programmateur clinique, d'un programmateur patient, d'une ou plusieurs électrodes (à 4 plots) qui peuvent être utilisées en association avec une extension et des accessoires et instruments utilisés pour l'implantation du système. INDICATION EXCLUSIVE Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de stimulation du ganglion spinal (boîtier + électrode), le stimulateur PROCLAIM DRG ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM compatibles (électrode : MN20450-50A uniquement). Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible (et le cas échéant une extension), un boîtier PROCLAIM DRG peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM (membre ou tête). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la	**9710,33**	**9710,33**	**03-10-2022**

	rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible ou non de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Par ailleurs, les patients porteurs d'un stimulateur PROCLAIM DRG peuvent réaliser des IRM sous réserve de respecter l'intégralité des recommandations émises par le fabricant. Parmi ces conditions, le stimulateur doit être implanté au niveau du haut de la fesse, du bas du dos, du flanc ou de l'abdomen. Concernant la localisation des électrodes, les extrémités doivent être implantées entre les vertèbres C6 et S2. Les IRM peuvent être réalisées sous réserve que le boîtier PROCLAIM DRG soit relié à l'électrode MN20450-50A, en l'absence d'extension complémentaire. Sous conditions, les IRM tête ou membres peuvent être envisagées. Cependant, le fabricant précise que les examens des hanches et des épaules sont exclus. Avant de procéder à l'examen IRM, le système de neurostimulation doit être réglé en mode IRM à l'aide de la télécommande remise au patient. Lors de l'examen, le patient doit être positionné en décubitus dorsal avec les bras le long de son corps. Les IRM doivent être réalisées dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Les systèmes d'IRM qui répondent aux critères suivants : - intensité fournie par l'aimant de l'appareil d'IRM de 1,5 T uniquement, dans un système fermé selon un axe horizontal ; - systèmes à gradient avec une vitesse de balayage maximale par axe ≤ 200 T/m/s ; - gradient de champ magnétique spatial maximal inférieur ou égal à 30 T/m (3 000 G/cm). Configuration de bobine d'IRM : antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). Les antennes de corps émettrices RF ne doivent pas être utilisées au risque de graves dommages pour le patient. Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs IRM compatibles sous conditions de la gamme Abbott Medical avant l'examen IRM puis réactivée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 3664			
3438174	Système implantable stimulation ganglion spinal, ABBOTT, PROCLAIM DRG, renouvellement Stimulateur PROCLAIM DRG référence 3664 et ses accessoires en cas de renouvellement. INDICATION EXCLUSIVE Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION En termes de suivi, un suivi à trois mois, un an puis annuellement est recommandé afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation.	**8892,91**	**8892,91**	**03-10-2022**

3472320	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, ABBOTT , GENESIS. Le stimulateur GENESIS et ses accessoires, ref 3608, en cas de renouvellement.	**5207,30**	**5207,30**	**15-09-2018**
3451134	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , PROCLAIM, système complet + accessoires	**9581,52**	**9581,52**	**30-06-2018**

	Le système complet PROCLAIM : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,…) pour primo-implantation. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à : - un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ; - un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. - Douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger.			
3422256	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM XR, système complet + access. Le système complet: stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires PROCLAIM XR pour primo-implantation. DESCRIPTION Le système PROCLAIM XR est un stimulateur multi-canaux se connectant sur une ou plusieurs sondes-électrodes avec, le cas échéant, des extensions d'électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques. Il utilise la technologie Bluetooth à basse consommation pour la communication avec la télécommande du patient et le programmateur du praticien. INDICATIONS: ► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Dans le cas d'une primo-implantation d'un système implantable de neurostimulation médullaire (boîtier + électrode), le stimulateur PROCLAIM XR ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme PROCLAIM XR peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Avant la primo implantation d'un système de stimulation médullaire, la réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation	**9710,33**	**9710,33**	**15-03-2026**

	épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50% objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation). En termes de suivi, il est recommandé un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation. Concernant l'information aux patients, la carte d'identification remise au patient doit comporter la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent également être informés du risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps). Seules des IRM du crâne, des membres inférieurs (sauf la hanche) et des membres supérieurs (sauf l'épaule) sont autorisées. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PROCLAIM XR doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant des neurostimulateurs de la gamme ABBOTT MEDICAL / ST JUDE MEDICAL et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant: ► Les systèmes d'IRM doivent remplir les critères suivants: • Intensité fournie par l'aimant de l'appareil d'IRM de 1,5 T uniquement dans un système fermé horizontal. • Systèmes de gradient avec une vitesse de balayage de gradient maximale par axe inférieure ou égale à 200 T/m/s, • Gradient maximal du champ spatial inférieur ou égal à 30 T/m (3000 gauss/cm). ► Configuration de bobine d'IRM: Les IRM peuvent être réalisées sous réserve que le boîtier PROCLAIM XR soit relié aux électrodes OCTRODE 60 cm (modèle 3186) et PENTA (modèle 3228), en l'absence d'extension complémentaire. • Système associé à l'électrode OCTRODE (modèle 3186): antenne de corps émettrice RF avec une quelconque antenne réceptrice seulement (SAR corps entier ≤ 0,8 W/kg) ou antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). • Système associé à l'électrode PENTA (modèle 3228): antenne de corps émettrice RF avec une quelconque antenne réceptrice seulement (SAR corps entier ≤ 0,1 W/kg) ou antenne de tête émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement) ou antenne des membres émettrice-réceptrice RF (quadrature uniquement). ► État du patient et positionnement: • Le patient doit être en décubitus dorsal avec les bras le long de son corps. • Le stimulateur doit être implanté au niveau supérieur du fessier (bas du dos, ligne médiane, flanc ou abdomen). • Les extrémités de l'électrode doivent être implantées entre les vertèbres T7 et T12 • Le mode IRM doit être activé à l'aide de la télécommande. Enfin, la désactivation de la stimulation doit être réalisée par un implanteur de neurostimulateurs IRM compatibles sous conditions de la gamme ABBOTT MEDICAL / ST JUDE MEDICAL avant l'examen IRM puis activée à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. REFERENCES PRISES EN CHARGE: • Les boîtiers de neurostimulation Proclaim XR 5 (modèle 3660) et Proclaim XR 7 (modèle 3662). Les boîtiers sont fournis avec une clé dynamométrique (modèle 1101), un calibreur de poche, deux bouchons de connecteur (modèle 1111) et un manuel d'utilisation. • La télécommande patient (modèle 3883 pour le hardware et modèle 3875 pour l'application contrôleur patient). Cette télécommande est fournie avec l'application Contrôleur Patient, son câble de charge, un étui de protection, un aimant de contrôle et un manuel d'utilisation. • Programmateur médecin: référence programmeur médecin hardware (modèle 3872) et son application programmeur médecin (modèle 3874).			
3405134	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, PROCLAIM XR, renouvellement. Neurostimulateur non rechargeable PROCLAIM XR en cas de renouvellement. INDICATIONS:	**8892,91**	**8892,91**	**15-03-2026**

	► Douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques secondaires à: • un syndrome douloureux chronique radiculaire persistant depuis au moins un an en post-opératoire; • un syndrome douloureux chronique tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an; • un syndrome régional douloureux complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois. ► Douleur d'origine ischémique, en échec des alternatives thérapeutiques secondaires à la maladie de Buerger. Pour les patients nécessitant un changement de boîtier d'ancienne génération et ayant une électrode non IRM compatible, un boîtier de la gamme PROCLAIM XR peut être implanté. Dans ce cas, le patient n'est pas éligible à un examen IRM corps entier. REFERENCES PRISES EN CHARGE: • Proclaim XR 5 (modèle 3660) • Proclaim XR 7 (modèle 3662).			

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. La CNEDiMTS recommande d'implanter les seuls patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation).
En termes de suivi, il est recommandé de faire un suivi à trois mois, un an puis annuellement afin de réaliser une visite de contrôle et le cas échéant de procéder à des ajustements des paramètres de stimulation.
Concernant l'information aux patients, sur la carte d'identification remise au patient doit figurer la mention du caractère IRM compatible de l'ensemble du système implanté (boîtier, électrodes et le cas échéant, extension). De même, les patients doivent être informés sur le risque de réintervention lié aux complications de la technique (fractures d'électrodes, migrations d'électrodes, infection de la loge, perte d'efficacité au cours du temps).
RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3665 et 3667.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3420903	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , PROCLAIM, renouvellement RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3665 et 3667.	**8774,94**	**8774,94**	**30-06-2018**
3497165	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT , 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 PRISES EN CHARGE : 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 post-chirurgicale, une amputation (algo-hallucinose), un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ;	**9581,52**	**9581,52**	**30-06-2018**

	- douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV.			

MODALITÉS DE PRESCRIPTION :
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
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 Evoqués 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 %.
RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3688.
Date de fin de prise en charge : 30 juin 2018.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3461724	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, EON C, renouvellement. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3688.	**8774,94**	**8774,94**	**30-06-2018**

C. - Accessoires

Société BOSTON SCIENTIFIC

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3466532	Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, BOSTON, LINEAR. Electrode octopolaire par voie percutanée pour neurostimulateurs médullaires PRECISION, PRECISION SPECTRA, PRECISION NOVI, PRECISION MONTAGE MRI et SPECTRA WAVEWRITER. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - LINEAR : M365SC2138300, M365SC2138500 et M365SC2138700. - LINEAR Stimulating Tip Enhanced Stylet : M365SC2218300, M365SC2218500, M365SC2218700 et M365SC221850E0. - LINEAR Enhanced Stylet : M365SC2158300, M365SC2158500, M365SC2158700 et M365SC215850E0. - LINEAR 3-4 / M365SC2352500 et M365SC2352700. - LINEAR 3-4 Trial : M365SC235250E0. - LINEAR 3-6 : M365SC2366300, M365SC2366500 et M365SC2366700. - LINEAR 3-6 Trial : M365SC236650E0. Date de fin de prise en charge : 1er mars 2023. F.I.T. : cf. arrêté du 2 février 2010 (JO du 10 février 2010).	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
3487557	Neurostimulateur médullaire, l'électrode decahexapolaire, BOSTON, ARTISAN. Electrode decahexapolaire par voie chirurgicale ARTISAN pour neurostimulateurs médullaires PRECISION, PRECISION SPECTRA, PRECISION NOVI, PRECISION MONTAGE MRI et SPECTRA WAVEWRITER. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - ARTISAN Slotted Contact : M365SC8216500 et M365SC8216700.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**

	Date de fin de prise en charge : 1er mars 2023. F.I.T. : cf. arrêté du 2 février 2010 (JO du 10 février 2010).			
3417048	Neurostimulateur médullaire, électrode décahexapolaire, BOSTON, INFINION. Sonde décahexapolaire percutanée INFINION et INFINION CX pour neurostimulateurs médullaires PRECISION, PRECISION SPECTRA, PRECISION NOVI, PRECISION MONTAGE MRI et SPECTRA WAVEWRITER. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - sonde INFINION 16 contacts : - longueur 50 cm, M365SC2316500. - longueur 70 cm, M365SC2316700. - sonde INFINION 16 contacts TRIAL : - longueur 50 cm, M365SC231650E0. - sonde INFINION CX 16 contacts - longueur 50 cm, M365SC2317500. - longueur 70 cm, M365SC2317700. - sonde INFINION CX 16 contacts Trial - longueur 50 cm, M365SC231750E0. - longueur 70 cm, M365SC231770E0.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
3452961	Neurostimulateur médullaire, électrode 32 contacts, BOSTON, COVEREDGE Sonde COVEREDGE de 32 contacts pour neurostimulateur médullaire PRECISION SPECTRA et SPECTRA WAVEWRITER. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - électrodes serrées (50 cm) : Référence M365SC8336500. - électrodes serrées (70 cm) : Référence M365SC8336700. - électrodes espacées (50 cm) : Référence M365SC8352500. - électrodes espacées (70 cm) : Référence M365SC8352700.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
3431730	Neurostimulateur médullaire, électrode 8 contacts, BOSTON, AVISTA MRI. Electrode AVISTA MRI de 8 contacts pour neurostimulateur médullaire PRECISION MONTAGE MRI. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - 56 cm, référence M365SC2408560. - 74 cm, référence M365SC2408740. SPECTRA WAVEWRITER est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**

ANNEXE

FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE SPECTRA WAVEWERITER

SPECTRA WAVEWRITER Système implantable et rechargeable de stimulation médullaire

(Boston Scientific SAS)

I. - Caractéristiques principales

Description : Le système SPECTRA WAVEWRITER est un stimulateur multi-canaux qui possède un accumulateur. Le stimulateur se connecte sur une ou plusieurs sondes-électrodes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 32 contacts thérapeutiques. Ce stimulateur possède également un système de communication par télémétrie recevant et décodant les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient.

Trois modalités de stimulation sont disponibles sur ce système la stimulation tonique, la stimulation en salves (ou « burst ») et la stimulation à fréquence « élevée » (1 000 Hz).

Fonction : En mode tonique, stimulation électrique des fibres sensitives des cordons postérieurs de la moelle épinière induisant des paresthésies locales. L'utilisation du mode par salves ou du mode de stimulation en fréquence « élevée » permettrait de diminuer voire de s'affranchir des paresthésies locales.
Indication prise en charge (1) :
Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :
- une durée de vie inférieure à 30 mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ;
- ou une longévité estimée de la batterie du stimulateur inférieure à 30 mois. L'estimation de la longévité de la batterie est réalisée sur la base des paramètres de stimulation définis à l'issue de la phase de stimulation test et conformément aux instructions du fabricant (manuels d'utilisation ou logiciels de contrôle et programmation des dispositifs).
Dans les indications suivantes :
- douleur chronique d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaire à :
- un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ;
- un syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois ;
- douleur chronique d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à une maladie de Buerger.
Dans ses indications prises en charge, le neurostimulateur SPECTRA WAVEWRITER offre un service attendu suffisant et une absence d'amélioration du service attendu (ASA V) par rapport au système implantable et rechargeable de stimulation médullaire PRECISION SPECTRA de précédente génération inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (2).
Conditions de remboursement :
- la validation de l'indication doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire (a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre), dans le cadre d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique ;
- la mise en place du système doit être faite par un médecin ayant acquis par compagnonnage les connaissances nécessaires à la réalisation des actes dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre et les maintenir ;
- les visites de contrôle (suivis à 3 mois, 1 an puis annuellement) doivent être réalisés dans le centre ayant procédé à l'implantation du système de neurostimulation ou dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique.
II. - Place dans la stratégie thérapeutique
La prise en charge des douleurs chroniques d'origine neuropathique relève d'une approche multidisciplinaire. Les antalgiques habituels (paracétamol, AINS) n'ont pas d'efficacité avérée.
Elle fait appel en première intention à la prescription d'un antidépresseur tricyclique ou d'un antiépileptique. Le choix entre ces classes thérapeutiques est fonction du contexte, des comorbidités associées et de leur sécurité d'emploi.
La prescription d'opiacés forts est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique chronique après échec des traitements de première intention et, le cas échéant en association.
Les traitements médicaux non pharmacologiques tels que la rééducation, la psychothérapie ou la neurostimulation transcutanée peuvent être proposés seuls ou en association avec les traitements médicamenteux (3).
Les techniques interventionnelles sont réservées aux échecs des traitements médicaux pharmacologiques ou non bien conduits. Les techniques les plus utilisées en fonction de l'étiologie sont la neurostimulation médullaire et l'analgésie intrathécale (après échec des techniques de neurostimulation). En dernier recours, après échec ou contre-indications aux techniques interventionnelles précédentes, les techniques ablatives peuvent être envisagées. En parallèle d'autres traitements dans la prise en charge des douleurs neuropathiques réfractaires font l'objet de recherches cliniques parmi lesquels peuvent être cités la stimulation du cortex moteur ou la stimulation nerveuse périphérique.
Les systèmes de neurostimulation médullaire disponibles se distinguent par différentes caractéristiques techniques. Les plus usuelles concernent :
- le caractère rechargeable ou non des stimulateurs. Les indications d'implantation restent inchangées, seules les conditions d'implantation diffèrent ;
- le nombre de contacts thérapeutiques disponibles ;
- la possibilité de pouvoir disposer de plusieurs modalités de stimulation (parmi lesquelles peuvent être citées la stimulation tonique, en salves ou à fréquence élevée).
Toutes ces évolutions ont permis d'améliorer la prise en charge des patients mais aucune donnée clinique probante n'est disponible pour distinguer les dispositifs entre eux.
Apport du produit
La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) considère que SPECTRA WAVEWRITER et les autres systèmes de neurostimulation médullaire implantables, rechargeables possédant plusieurs modes de stimulation inscrits sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) sont techniquement équivalents en termes de paramètres de stimulation, de boîtier et de batterie.
III. - Utilisation pratique
La réalisation d'un bilan de pré implantation est obligatoire. Ce bilan consiste en l'évaluation des patients dans une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire avec a minima un algologue et un psychologue ou un psychiatre. Ce bilan doit inclure une évaluation psychosociale, une évaluation de la douleur sur une échelle validée et une évaluation de la qualité de vie des patients. Le bilan de pré implantation doit être accompagné de la rédaction d'un compte rendu annexé au dossier médical du patient. Lors de ce bilan, le patient doit pouvoir disposer des résultats d'une IRM médullaire récente. Le bilan de pré implantation doit être suivi d'un bilan neurologique incluant éventuellement un volet neurophysiologique (visant à évaluer les potentiels évoqués somesthésiques). Ces bilans doivent être suivis de la réalisation obligatoire d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive. Ce test doit être réalisé au domicile du patient sur une durée d'au moins sept jours. Il est recommandé d'implanter les seuls

patients pour lesquels il a été observé pendant la période de test une réduction des douleurs d'au moins 50 % objectivée par une échelle validée (identique à celle employée au cours du bilan pré implantation).
IV. - Spécifications économiques et médico-sociales
SPECTRA WAVEWRITER (BOSTON SCIENTIFIC SAS) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR.
- tarif de remboursement : 19 153,85 €.
La prescription doit être effectuée sur une ordonnance de produit de santé d'exception. Elle doit être conforme à l'indication mentionnée dans la présente fiche.
- adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à :
Haute Autorité de santé, DEMESP, Service de l'évaluation des dispositifs, 5, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis-La Plaine Cedex
(1) Avis de la CNEDiMTS du 20 février 2018.
(2) L'ASA est cotée de I, amélioration majeure, à V, absence d'amélioration.
(3) Société française d'étude et de traitement de la douleur, Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs 2010 ; 11 (1) : 3-21.

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3420056	Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, l'électrode quadripolaire. Electrode quadripolaire PISCES QUAD, RESUME, ITREL 4, PrimeAdvanced Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - PISCES QUAD 3487A, 3887, 3888 ; - RESUME II 3587A ; - RESUME TL 3986A.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
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.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
3468608	Neurostimulateur médul, 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 1x8 COMPACT : 977A260, 977A275 et 977A290 ; - VECTRIS SURESCAN MRI 1x8 SUBCOMPACT : 977A160, 977A175 et 977A190.	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**
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 ; - Specify 5-6-5 : 39565.	**639,60**	**639,60**	**01-03-2018**

3404353	Neurostimulateur médul, électrode décahexapolaire, MEDTRONIC, SPECIFY SURESCAN MRI Electrode décahexapolaire SPECIFY SURESCAN MRI pour système de neurostimulation PrimeAdvanced SureScan MRI, Restore Advanced SureScan MRI, RestoreUltra Surescan MRI et RestoreSensor Surescan MRI de la société Medtronic. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - SPECIFY 5-6-5 SURESCAN MRI (977C165 et 977C190) ; - SPECIFY 2x8 SURESCAN MRI (977C265 et 977C290).	**628,55**	**628,55**	**01-03-2023**

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3411761	Système implantable de stimulation ganglion spinal, ABBOTT , AXIUM, électrode Kit sonde électrode quadripolaire implantable pour système implantable de stimulation ganglion spinal, ABBOTT , AXIUM REFERENCES PRISE EN CHARGE - 50 cm : ref MN20450-50A - 90 cm : ref MN20450-90A	**628,55**	**628,55**	**31-09-2022**
3433834	Neurostimulateur médullaire, l'électrode, ABBOTT, GENESIS Electrode percutanée, ou semi-chirurgicale ou chirurgicale, quadripolaire ou octopolaire. La prise en charge est assurée pour les neurostimulateurs médullaires implantables rechargeables ou non rechargeables de la société ABBOTT MEDICAL France en conformité avec la compatibilité établie par le fabricant. REFERENCES PRISES EN CHARGE – Electrodes percutanées: Quattrode 7 mm: ref 3146 Quattrode 9 mm: ref 3156 Octrode: ref 3183, ref 3186, ref 3189 –Electrodes semi-chirurgicales: S-Series S-8: ref 3286 – Electrodes chirurgicales: Lamitrode 4: ref 3240 Lamitrode 44: ref 3244 Lamitrode 44C: ref 3245	**612,84**	**612,84**	**31-12-2025**
3482229	Neurostimulateur médullaire, ABBOTT, l'électrode decahexapolaire. La prise en charge est assurée pour les neurostimulateurs médullaires quadripolaires implantables rechargeables ou non rechargeables de la société ABBOTT MEDICAL France en conformité avec la compatibilité établie par le fabricant. La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie chirurgicale suivantes: LAMITRODE 88 réf. 3288, TRIPOLE 16 réf. 3219, TRIPOLE 16 C réf. 3214, PENTA réf. 3228 (longueur 60 cm).	**612,84**	**612,84**	**31-12-2025**
3478848	Système implantable stimulation ganglion spinal, ABBOTT, PROCLAIM DRG, électrode Kit sonde électrode quadripolaire implantable pour système implantable de stimulation ganglion spinal, ABBOTT MEDICAL, PROCLAIM DRG RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 50 cm : ref MN20450-50A	**628,55**	**628,55**	**03-10-2022**

Section 5. – Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable

Société AXONICS MODULATION TECHNOLOGIES (Axonics)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3486285	Neuromodulateur rechargeable racines sacrées, Axonics, AXONICS SNM Neuromodulateur rechargeable racines sacrées AXONICS SNM de la société AXONICS MODULATION TECHNOLOGIES DESCRIPTION Le système AXONICS SNM est composé des éléments suivants : - Un neurostimulateur implantable et rechargeable dont la batterie a une durée de vie estimée d'au moins 15 ans et dont aucune durée maximale de fonctionnement n'est imposée (absence de date limite de fin de vie), - Une télécommande remise au patient pour régler l'intensité de la stimulation et activer/désactiver le neurostimulateur, - Une électrode à ailettes reliée au générateur qui véhicule le signal électrique jusqu'aux racines sacrées, - Un kit de rechargement du neurostimulateur comprenant : • Un chargeur, sa base et une unité d'alimentation, • 9 supports adhésifs, • 1 ceinture de maintien. Le chargeur est maintenu sur la peau en regard du stimulateur à l'aide de la ceinture de maintien ; les supports adhésifs sont une alternative. Le système AXONICS est compatible, sous conditions, avec la réalisation d'IRM du corps entier avec des appareils jusqu'à 3T. INDICATION PRISE EN CHARGE Pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité (urgenturie) et impériosité invalidante (troubles dits « irritatifs »), rebelles aux traitements conservateurs. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est subordonnée : - à la réalisation d'un test de neurostimulation sacrée d'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 pré-implantation (catalogue mictionnel, échelle visuelle analogique) ; - à l'implantation 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 ; La recharge périodique du stimulateur par le patient ou un aidant est indispensable. Le système de neuromodulation sacrée AXONICS SNM permet la réalisation d'examens du corps entier par IRM, sous conditions, avec des appareils jusqu'à 3T. La télécommande du patient ou le programmeur du médecin doivent être utilisés pour arrêter la stimulation par le neurostimulateur avant l'examen ; ces appareils réactivent la stimulation à l'issue de l'examen d'imagerie. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE AXONICS SNM - Neurostimulateur rechargeable, référence : 1101 AXONICS SNM - Électrode implantable, référence : 1201 AXONICS SNM - Électrode implantable avec extension percutanée, référence : 2201 AXONICS SNM - Système de chargement, référence : 1401	**9000,00**	**9000,00**	**01-03-2025**

	AXONICS SNM - Télécommande patient, référence : 2301			
3427897	Neuromodulateur rechargeable racines sacrées, renouvellement, Axonics, AXONICS SNM DESCRIPTION Neurostimulateur des racines sacrées implantable et rechargeable dont la batterie a une durée de vie estimée d'au moins 15 ans et dont aucune durée maximale de fonctionnement n'est imposée (absence de date limite de fin de vie). Le système AXONICS est compatible, sous conditions, avec la réalisation d'IRM du corps entier avec des appareils jusqu'à 3T. INDICATION PRISE EN CHARGE Pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité (urgenturie) et impériosité invalidante (troubles dits « irritatifs »), rebelles aux traitements conservateurs. REFERENCE PRISE EN CHARGE AXONICS SNM - Neurostimulateur rechargeable, référence : 1101	**5946,00**	**5946,00**	**01-03-2025**

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3490594	Neuromodulateur racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM II+élect test-permanente DESCRIPTION Système complet InterStim II pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmateur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : 1) 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. 2) 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 1) 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 pré-implantation (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. 2) 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	**7 215,83**	**7 215,83**	**01-12-2023**

	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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE InterStim II (2ème génération) : modèle 3058			
3461322	Neuromodulateur racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM II DESCRIPTION Neuromodulateur InterStim II pour implantation INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : 1) - 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. 2) - 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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : - InterStim II (2ème génération) : modèle 3058	**5 223,45**	**5 277,30**	**01-12-2023**

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 :

MedtronicFrance SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3494066	Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL XT Le système REVEAL XT comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. INDICATION SUPPLÉMENTAIRE 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 moniteur cardiaque REVEAL XT 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 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 REVEAL XT associé à un assistant patient. Pour le diagnostic étiologique des accidents ischémiques cérébraux, la sélection des patients éligibles à la pose d'un moniteur cardiaque implantable REVEAL XT doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Moniteur cardiaque implantable : modèle 9529. Assistant ou activateur patient : modèles 9538 ou 9539.	**1250,93**	**1250,93**	**01-07-2020**
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	**1530,93**	**1530,93**	**30-06-2024**

	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). 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.			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3469269	Moniteur ECG implantable, ABBOTT, CONFIRM modèle DM2102. Le système de cardio-fréquence-métrie se compose des 3 principaux éléments suivants : un moniteur cardiaque implantable modèle DM2102, programmateur et activateur patient modèle DM 2100A. INDICATION SUPPLEMENTAIRE : 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	**1250,93**	**1250,93**	**15-10-2022**

	neuro-vasculaire et un rythmologue. Le moniteur cardiaque CONFIRM modèle DM2102 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. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - moniteur cardiaque implantable modèle DM2102, - activateur patient modèle DM2100A			
3416037	Moniteur ECG implantable, ABBOTT, CONFIRM modèle DM 2100. Le système CONFIRM comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Référence : - moniteur cardiaque implantable : modèle DM 2100. - assistant ou activateur patient : modèle DM 2100A.	**1250,93**	**1250,93**	**15-03-2019**
3410483	Moniteur ECG implantable, ABBOTT, CONFIRM RX. DESCRIPTION Le dispositif CONFIRM RX se compose de 3 principaux éléments: – Le moniteur cardiaque CONFIRM RX. – Volume: 1,4 cm 3 ; – Poids: 3g; – Dimensions H x L x P: 49 mm x 9,4 mm x 3,1 mm; – Mémoire de stockage: 60 minutes; – Durée programmable des épisodes de FA (en minutes): 0,5; 1; 2; 6; 10; 20; 30; 60 . – Le programmateur MERLIN (modèle 3650), utilisé par le médecin, permet de définir les paramètres de détection, les critères déclenchant la mémorisation et l'examen des données stockées par le moniteur cardiaque. Un aimant est utilisé pour l'interrogation du CONFIRM RX modèle DM3500 avec le programmateur MERLIN. – L'application pour smartphone MYMERLIN for CONFIRM RX. Le moniteur cardiaque implantable CONFIRM RX modèle DM3500 est compatible avec le système de télésurveillance MERLIN.NET. INDICATIONS PRISES 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	**1530,93**	**1530.93**	**15-10-2022**

	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. CONTRE-INDICATION Le dispositif CONFIRM RX modèle DM3500 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 CONFIRM RX modèle DM3500 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 CONFIRM RX modèle DM3500 par patient. La fonction d'activateur patient est accessible via l'application mobile MYMERLIN. Si le patient n'a pas de téléphone portable personnel pour télécharger cette application, la mise à disposition du téléphone portable n'est pas prise en charge sur la LPPR et doit être sans reste à charge pour le patient et pour l'établissement de santé ayant effectué l'implantation du moniteur cardiaque. Pour le diagnostic étiologique des accidents ischémiques cérébraux, la sélection des patients éligibles à la pose du moniteur CONFIRM RX modèle DM3500 doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – Moniteur cardiaque implantable CONFIRM RX: DM3500 – Application pour la télésurveillance MYMERLIN for CONFIRM RX: APP1000 (Android) et APP1001 (iOS) – Outil d'incision: DM3520 – Outil d'insertion: DM3510			

Société BIOTRONIK France (BIOTRONIK)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3438783	Moniteur ECG implantable, BIOTRONIK, BIOMONITOR 2-AF. DESCRIPTION Le dispositif BIOMONITOR 2-AF se compose de 4 principaux éléments : - le moniteur cardiaque. - le programmateur RENAMIC associé au logiciel PSW (version 1503.A) permet au médecin de paramétrer le moniteur cardiaque pour qu'il détecte les arythmies. Il permet également au médecin de visualiser, d'enregistrer ou d'imprimer les données enregistrées par le dispositif. - l'assistant patient 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 système de télésurveillance : le moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR 2-AF est compatible avec le système de télésurveillance HOME MONITORING. INDICATIONS PRISES 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	**1188,38**	**1188,38**	**31-08-2024**

	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. CONTRE-INDICATION Le dispositif BIOMONITOR 2-AF 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 BIOMONITOR 2-AF doit être réalisée sous anesthésie locale en salle de cathétérisme ou au bloc opératoire. La prise en charge ne peut concerner qu'un seul dispositif BIOMONITOR 2-AF 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 du moniteur BIOMONITOR 2-AF doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR 2-AF : 398493 - assistant patient : 405475 - kit d'accessoires FIT - Fast Insert Tool 1 et 2 (FIT 1 et FIT 2) : 408906 - transmetteur CARDIOMESSENGER SMART : 401826			
3454144	Moniteur ECG implantable, BIOTRONIK, BIOMONITOR III DESCRIPTION Le dispositif BIOMONITOR III se compose de 4 principaux éléments : 1. Le moniteur cardiaque	**1 530,93**	**1 530,93**	**30-04-2025**

	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) ; - Bradyarythmie ; - Asystolie (pause) ; - Fibrillation Atriale (FA) ou Tachyarythmie Atriale/Fibrillation Atriale (TA/FA). 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 4 ans). Caractéristiques techniques : - Volume : 1,9 cm3 ; - Poids : 4 g ; - Dimensions H x L x P : 8,6 mm x 77,5 mm x 4,6 mm ; - Mémoire stockage : 60 min Le moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR III est compatible avec la réalisation d'IRM à 1,5 et 3 Tesla. 2. Le programmateur Le programmateur RENAMIC associé au logiciel PSW (à partir de la version 1901.A) permet au médecin de paramétrer le moniteur cardiaque pour qu'il détecte les arythmies. Il permet également au médecin de visualiser, d'enregistrer ou d'imprimer les données enregistrées par le dispositif. 3. L'assistant patient L'assistant patient (modèle 435292) est un appareil de télémétrie portatif qui permet au patient de déclencher l'enregistrement des données cardiaques pendant un épisode symptomatique ou immédiatement après. 4. Le système de télésurveillance Le moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR III est compatible avec le système de télésurveillance HOME MONITORING. INDICATIONS PRISES 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 BIOMONITOR III 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 BIOMONITOR III 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 BIOMONITOR III 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 BIOMONITOR III doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Moniteur cardiaque implantable BIOMONITOR III et accessoires : 436066 Assistant patient : 435292 Transmetteur CARDIOMESSENGER SMART : 401826			

Section 7. – Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI)

INDICATIONS PRISES EN CHARGE

Les indications prises en charge sont identiques aux indications prises en charge des défibrillateurs cardiaque implantable inscrits sur la liste prévue au L. 165-11 du code de la sécurité sociale (intra-GHS).

«MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

Activité médicale

La prise en charge de la télésurveillance médicale de défibrillateur cardiaque implantable (DCI) doit être réalisée par les cardiologues qui assurent également le suivi en présentiel des patients porteurs de DCI et qui peuvent réaliser les actes de contrôle et réglages transcutanés du DCI via un programmateur dédié (acte DEMP001). Les cardiologues ont la possibilité de déléguer certaines tâches, précisées dans le protocole de coopération entre médecin et infirmier "Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télémédecine" décrit dans l'arrêté du 7 septembre 2020. Un niveau de qualification, de compétence et d'expérience identique est demandé pour réaliser un suivi incluant une télésurveillance ou un suivi uniquement en présentiel.

La mise en oeuvre de la télésurveillance des DCI doit inclure les modalités de prise en charge médicale suivantes:

1) L'information du patient. Elle permettra au patient de comprendre les modalités de fonctionnement et de mise en place, l'intérêt, les limites et les contraintes d'un suivi Incluant une télésurveillance par rapport au suivi uniquement en présentiel.
2) L'évaluation de l'aptitude du patient et/ou de ses aidants à bénéficier d'un suivi par télésurveillance. Le patient ou ses aidants doivent notamment être capables de répondre et de suivre les instructions données lors des interventions téléphoniques déclenchées par la transmission d'alertes. La compatibilité du mode de vie des patients avec les contraintes liées à la télésurveillance en termes de transmission des données devra également être évaluée.

3) Le recueil du consentement éclairé du patient. Il devra préférentiellement être réalisé par écrit et archivé dans le dossier médical patient.
4) Le paramétrage initial du système de télésurveillance, en particulier des alertes selon les caractéristiques cliniques de chaque patient.
5) L'analyse des données transmises à échéances calendaires, selon la fréquence programmée par le médecin.
6) La réalisation d'un compte rendu médical suite à l'analyse des données calendaires transmises. L'analyse de ces données calendaires fera l'objet d'un compte rendu médical, archivé dans le dossier médical du patient.
7) La vérification et l'analyse des nouvelles alertes et des transmissions de données associées. Une vérification du système sera réalisée quotidiennement les jours et heures ouvrés afin de prendre connaissance des nouvelles alertes et analyser les données associées transmises.
8) Les mises à jour du profil médical et du paramétrage du système. Ces actualisations seront réalisées afin adapter le paramétrage du système à l'évolution de l'état clinique du patient.
9) Les interventions téléphoniques auprès du patient si les données transmises par le système le nécessitent. Elles ont pour objectifs:
– de recueillir les informations potentiellement nécessaires à une prise de décision médicale, dans un délai compatible avec la nature et le degré de criticité des informations transmises ;
– d'informer le patient sur la conduite à tenir, notamment par la programmation si nécessaire d'une visite médicale en présentiel dans des délais adaptés.
10) La réalisation des actes complémentaires justifiés par les données télétransmises. Ils doivent inclure la mise en oeuvre de consultations supplémentaires en présentiel générées uniquement par les alertes et/ou si l'état du patient le nécessite, dans des délais compatibles avec la criticité des données transmises.
11) La réalisation d'un compte rendu médical suite à l'analyse des données évènementielles transmises ayant justifié une intervention et/ou un acte complémentaire. Un compte rendu médical sera rédigé et archivé dans le dossier médical patient (incluant motif, nature, délai, intervenants et décisions prises).
12) L'information des autres professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge cardiologique du patient.
Le cardiologue en charge du suivi du DCI doit informer les autres professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge cardiologique du patient (médecin traitant, cardiologue traitant…) de la mise en place de la télésurveillance du DCI de leur patient et des modalités organisationnelles de ce suivi.
Il doit également leur transmettre les comptes rendus médicaux réalisés dans le cadre de cette télésurveillance.

Aspects organisationnels

La réalisation de ce type d'activité est sous la responsabilité des cardiologues, qui peuvent déléguer certaines tâches, précisées dans le protocole de coopération entre médecin et infirmier «Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télémédecine» défini dans l'arrêté du 7 septembre 2020.

Tous les centres assurant le suivi de DCI en présentiel doivent pouvoir proposer à leurs patients un suivi incluant une télésurveillance, ce qui nécessite une adaptation de moyens au niveau de ces centres avec:

La mise en place d'un programme de télésurveillance des DCI

Il doit permettre de définir les moyens mis en place, les taches et les responsabilités de chacun pour garantir un suivi par télésurveillance de qualité similaire au suivi en présentiel.

1) La rédaction d'un protocole spécifique au centre de suivi définissant l'organisation de la télésurveillance au niveau du centre de suivi des patients porteurs de DCI.

Ce protocole devra préciser :

– l'organisation de la télésurveillance médicale entre le cardiologue et l'infirmier selon le protocole de coopération défini dans l'arrêté du 7 septembre 2020 au niveau du Centre de suivi des patients porteurs de DCI, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif;
– le rôle des professionnels de santé à chaque étape de l'organisation définie dans le cadre du protocole;
– si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alertes);
– les modalités de recueil du consentement du patient;
– la description des modalités et des délais de réponses à respecter selon les alertes;
– la conduite à tenir en cas d'absence de transmission ou d'échec de la mise en relation avec le patient.

2) L'évaluation préalable de la faisabilité technique de l'installation de l'application.
Elle permettra de vérifier en particulier avec le patient: la disponibilité d'un téléphone mobile compatible, la couverture du réseau internet ou de téléphonie mobile, l'absence de risques d'interférences pour la transmission de données avec d'autres appareils ou DM présents à son domicile.

3) La formation des patients aux conditions de fonctionnement du système de télésurveillance et aux modalités de mise en route et d'utilisation de l'application.
Elle doit inclure:

– les conditions techniques et mode de fonctionnement du système;
– les conditions spécifiques et modalités de fonctionnement du centre de télésurveillance (heures/jours d'ouverture, type et pertinence des données recueillies, modalités de télésurveillance, liens avec le médecin traitant et le cardiologue traitant du patient);
– les modalités pratiques d'installation de l'application et d'activation du système à réaliser par le patient;
– la conduite à tenir en cas de problème survenant durant et en dehors des heures de fonctionnement du centre de télésurveillance;
-la fourniture d'un document à destination du patient reprenant l'ensemble des informations nécessaires pour la gestion de son suivi et notamment les coordonnées téléphoniques du centre de suivi;

– le recueil de l'engagement du patient à signaler au centre de télésurveillance tout changement de coordonnées postales ou téléphoniques, ses absences prolongées, ses changements de médecin traitant ou de cardiologue traitant, les nouveaux évènements cardiologiques importants le concernant ainsi que les modifications de son traitement cardiologique, notamment antithrombotique (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires);
– la désignation par le patient d'une personne de confiance, à contacter si le patient n'est plus joignable est fortement recommandée.

4) La vérification de l'activation du système par le patient, de son bon fonctionnement et de la qualité des transmissions, lors de l'initiation de la télésurveillance.
La réussite de l'installation de l'application mobile par le patient et la capacité du système à transmettre, avec une qualité suffisante, les informations du DCI vers le serveur doivent être vérifiées, dans les 7 jours suivant la réception du matériel. En cas d'échec ou de problème de transmission, le patient sera invité par le centre de suivi à prendre contact avec l'assistance technique téléphonique du tiers technologique.

5) La mise en place d'un accès téléphonique destiné aux patients. Un accès téléphonique doit être mis en place les jours et heures ouvrés par les centres de suivi pour répondre aux patients/famille/aidants, sur leurs interrogations cliniques susceptibles d'être en lien avec le DCI.»

Société BIOTRONIK

MODALITES 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 système HOME MONITORING permet une télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables de la société BIOTRONIK, selon les recommandations du fabricant.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
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	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
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.	**972,00**	**972,00**	**01-03-2022**

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.
Le système LATITUDE permet une télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS, selon les recommandations du fabricant.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3407713	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BOSTON, LATITUDE	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**

	Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS.			
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.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
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.	**972,00**	**972,00**	**01-03-2022**
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)	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**

Société MICROPORT CRM France (MICROPORT)

Le système de télésurveillance SMARTVIEW assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un serveur central hébergeur de données, de façon cryptée 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 réseau de téléphone portable (GPRS), référence KB911),
- un câble d'alimentation (avec câble de 2 mètres),
- un manuel d'utilisation.

Le système SMARTVIEW permet une télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables de la société MICROPORT CRM France, selon les recommandations du fabricant.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3447925	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, MICROPORT, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société MICROPORT CRM France.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
3495440	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, MICROPORT, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société MICROPORT CRM France.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
3483826	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, MICROPORT, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de société MICROPORT CRM France.	**972,00**	**972,00**	**01-03-2022**

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).
Le système CARELINK permet une télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables de la société MEDTRONIC France SAS, selon les recommandations du fabricant.

Code	Référence	TARIF	PLV	Date de fin de prise

		en € TTC	en € TTC	en charge
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.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
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.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
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.	**972,00**	**972,00**	**01-03-202**

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Le système de télésurveillance MERLIN.NET recueille les données relatives au fonctionnement d'un défibrillateur cardiaque automatique implantable (DCI) et les transmet de façon cryptée à un serveur central hébergeur de données. Selon les modèles de DCI, cette transmission est assurée par:

– Un transmetteur fixe, capable de communiquer à distance uniquement par radiométrie téléfréquence avec un DCI compatible et de transférer ces données par un réseau internet (réseau Wifi ou mobile) ou téléphonique filaire;

– Une application mobile (téléchargeable sur smartphone), capable de communiquer à distance uniquement par la technologie Bluetooth Low Energy (BLE) avec un DCI compatible et de transférer ces données par un réseau internet (Wifi ou mobile).

Le médecin, ainsi que les utilisateurs autorisés, peuvent consulter les données transférées, en ligne, sur une interface web dédiée. Une notification des alertes est envoyée au médecin assurant le suivi du DCI

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3464579	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, ABBOTT, MERLIN.NET Système de télésurveillance MERLIN.NET, associé à un transmetteur fixe, pour défibrillateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – 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 boitier 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 système MERLIN.NET associé à un transmetteur fixe permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles communiquant par télémétrie radiofréquence, de la société Saint Jude Medical France SAS, selon les recommandations du fabricant.	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**
3474164	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, ABBOTT, MERLIN.NET Système de télésurveillance MERLIN.NET, associé à un transmetteur fixe, pour défibrillateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence: EX1150), son câble d'alimentation, un étui de	**864,00**	**864,00**	**01-03-2022**

	transport et un manuel patient, – un adaptateur cellulaire (clé USB), – un kit wifi composé d'une antenne wifi à relier au boitier 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 système MERLIN.NET associé à un transmetteur fixe permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles communiquant par télémétrie radiofréquence, de la société Saint Jude Medical France SAS, selon les recommandations du fabricant.			
3435017	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, ABBOTT, MERLIN.NET Système de télésurveillance MERLIN.NET, associé à un transmetteur fixe, pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi- ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – 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 boitier 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 système MERLIN.NET associé à un transmetteur fixe permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles communiquant par télémétrie radiofréquence, de la société Saint Jude Medical France SAS, selon les recommandations du fabricant.	**972,00**	**972,00**	**01-03-2022**
3489740	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, ABBOTT, MYMERLINPULSE Système de télésurveillance MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE pour défibrillateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Application mobile MYMERLINPULSE du système de télésurveillance MERLIN.NET: – référence APP1004, à télécharger pour téléphones Android version 8.0 ou supérieure. – référence APP1005, à télécharger pour téléphones iOS version 12.0 ou supérieure. Un téléphone Android bridé (MTX2000) avec l'application pré-téléchargée (référence APP1004) est fourni en cas de refus du patient de télécharger l'application sur son téléphone personnel, ou si le patient ne possède pas de téléphone compatible. Le système MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles, communiquant par la technologie Bluetooth Low Energy (BLE), de la société ABBOTT MEDICAL France, selon les recommandations du fabricant	**864,00**	**864,00**	**15-03-2026**
3430592	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, ABBOTT, MYMERLINPULSE Système de télésurveillance MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE pour défibrillateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Application mobile MYMERLINPULSE du système de télésurveillance MERLIN.NET: – référence APP1004, à télécharger pour téléphones Android version 8.0 ou supérieure. – référence APP1005, à télécharger pour téléphones iOS version 12.0 ou supérieure. Un téléphone Android bridé (MTX2000) avec l'application pré-téléchargée (référence APP1004) est fourni en cas de refus du patient de télécharger l'application sur son téléphone personnel, ou si le patient ne possède pas de téléphone compatible. Le système MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles communiquant par la technologie Bluetooth Low Energy (BLE), de la société ABBOTT MEDICAL France, selon les recommandations du fabricant	**864,00**	**864,00**	**15-03-2026**
3492736	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, ABBOTT, MYMERLINPULSE Système de télésurveillance MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE pour défibrillateur cardiaque implantable triple chambre à fréquence asservie de la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Application mobile MYMERLINPULSE du système de télésurveillance MERLIN.NET: – référence APP1004, à télécharger pour téléphones Android version 8.0 ou supérieure. – référence APP1005, à télécharger pour téléphones iOS version 12.0 ou supérieure. Un téléphone Android bridé (MTX2000)	**864,00**	**864,00**	**15-03-2026**

	avec l'application pré-téléchargée (référence APP1004) est fourni en cas de refus du patient de télécharger l'application sur son téléphone personnel, ou si le patient ne possède pas de téléphone compatible. Le système MERLIN.NET associé à l'application mobile MYMERLINPULSE permet uniquement la télésurveillance des DCI compatibles communiquant par la technologie Bluetooth Low Energy (BLE), de la société ABBOTT MEDICAL France, selon les recommandations du fabricant			

Section 8. – Sondes de défibrillation cardiaque

Paragraphe 1 : Sonde de défibrillation cardiaque implantable

DESCRIPTION
La sonde doit être conditionnée au minimum avec :
- 3 mandrins de rigidité différente
- 1 chausse-veine
- 2 pinces de fixation pour les sondes à vis rétractables

INDICATIONS
Les indications, ainsi que les conditions d'utilisation et de prescription des sondes de défibrillation sont celles des défibrillateurs cardiaques implantables.

CONTRE-INDICATIONS
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

CONDITIONS D'UTILISATION ET DE PRISE EN CHARGE
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.
Pour être pris en charge une sonde de défibrillation doit présenter les caractéristiques suivantes :
- garantie 5 ans, quel que soit le boîtier auquel elle est associée ;
- compatibilité des connecteurs aux normes européennes en vigueur

Le fabricant de la sonde 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.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**1380,00**	**1380,00**	**31-07-2018**

Paragraphe 2 : Sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3488775	Sonde pour défibrillation cardiaque, sous-cutanée, BOSTON, EMBLEM S-ICD. Sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD pour défibrillateur cardiaque implantable de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS DESCRIPTION La sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD (modèle 3401) stérile est conditionnée avec deux manchons de suture en silicone stériles et le guide d'utilisation de la sonde sous-cutanée (modèle 3401). Elle est seule compatible avec les défibrillateurs sans sonde endocavitaire de BOSTON SCIENTIFIC disposant d'un connecteur de type SQ-1 S-ICD inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale. INDICATIONS : A l'exclusion des patients avec Tachycardie Ventriculaire (TV) incessante ou TV fréquente spontanée pouvant être réduite efficacement par une stimulation antitachycardique ou avec une indication de thérapie de resynchronisation cardiaque ou de stimulation antibradycardique : - patients avec insuffisance cardiaque (IC) symptomatique, NYHA II ou III, fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) ≤ 35 %, malgré un traitement pharmacologique optimal ≥ 3 mois et avec une espérance de vie >1 an avec un bon statut fonctionnel, d'origine ischémique et > 40 jours après la phase aigüe d'un infarctus du myocarde (IDM) ou d'origine non ischémique. - maladie génétique à haut risque de mort subite par TV / Fibrillation Ventriculaire (FV) sans aucun autre traitement efficace connu. CONDITIONS D'UTILISATION ET DE PRISE EN CHARGE - Les modalités de prescription et d'utilisation du système de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD incluant la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM S-ICD (modèle 3401) sont identiques à celles d'un défibrillateur automatique implantable conventionnel avec sonde endocavitaire et conformes aux recommandations relatives à l'implantation et au suivi des DAI définies par la Société française de cardiologie. - Une formation pratique aux techniques de tunnélisation de la sonde sous-cutanée par compagnonnage avec un chirurgien cardio-thoracique (avec au moins 5 patients) est également recommandée. - Garantie de 5 ans : Le délai de garantie de 5 ans débute à la date d'implantation du dispositif. Le fabricant s'engage à rembourser à l'organisme, qui a supporté l'achat du dispositif, la valeur d'achat du dispositif explanté en cas de dysfonctionnement, pendant le délai de garantie, sans préjudice de tout autre recours. On entend par dysfonctionnement du dispositif tout évènement non lié à des conditions normales d'utilisation de celui-ci. Ne sont pas considérées comme des situations normales notamment les situations où les impédances de sondes sont < 25 1 % ou > 200 1%, ou lorsque le nombre de mises en charge pour thérapie en plus des reformatages prévus par le constructeur est supérieur à 20. Il existe une présomption normale d'utilisation du dispositif en faveur de l'organisme qui en demande le remboursement. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Référence : 3401	**1567,50**	**1567,50**	**15-04-2023**
3429318	Sonde pour défibrillation cardiaque, sous-cutanée, BOSTON, EMBLEM MRI S-ICD. Sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM MRI S-ICD pour défibrillateur cardiaque implantable de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. DESCRIPTION La sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM MRI S-ICD (modèle 3501) est conditionnée avec une gaine de suture avec fente et un guide d'utilisation. Elle possède 2 électrodes et un coil de défibrillation de 9 Fr. La conception de la sonde est de configuration multibrin avec un isolant en polyuréthane et une absence de lumière interne. Les défibrillateurs EMBLEM S-ICD (modèle A209 en version upgradée) ou EMBLEM MRI S-ICD (modèle A219) et la sonde sous-cutanée EMBLEM S-ICD (modèles 3401) ou EMBLEM MRI S-ICD (modèle 3501) sont compatibles IRM (1,5 T uniquement), sous conditions à respecter et précautions à prendre comme détaillées	**1567,50**	**1567,50**	**15-04-2023**

	dans le guide technique d'IMAGE READY MRI conditional S-ICD system) du fabricant. INDICATIONS A l'exclusion des patients avec Tachycardie Ventriculaire (TV) incessante ou TV fréquente spontanée pouvant être réduite efficacement par une stimulation antitachycardique ou avec une indication de thérapie de resynchronisation cardiaque ou de stimulation antibradycardique : - patients avec insuffisance cardiaque (IC) symptomatique, NYHA II ou III, fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) ≤ 35%, malgré un traitement pharmacologique optimal ≥ 3 mois et avec une espérance de vie >1 an avec un bon statut fonctionnel, d'origine ischémique et > 40 jours après la phase aigüe d'un infarctus du myocarde (IDM) ou d'origine non ischémique. - maladie génétique à haut risque de mort subite par TV / Fibrillation Ventriculaire (FV) sans aucun autre traitement efficace connu. CONDITIONS D'UTILISATION ET DE PRISE EN CHARGE - Les modalités de prescription et d'utilisation du système de défibrillation cardiaque sous-cutanée incluant la sonde de défibrillation cardiaque sous-cutanée EMBLEM MRI S-ICD (modèle 3501) sont identiques à celles d'un défibrillateur automatique implantable conventionnel avec sonde endocavitaire et conformes aux recommandations relatives à l'implantation et au suivi des DAI définies par la Société Française de Cardiologie. - Une formation pratique aux techniques de tunnélisation de la sonde sous-cutanée par compagnonnage avec un chirurgien cardio-thoracique (avec au moins 5 patients) est également recommandée. - Garantie de 5 ans : Le délai de garantie de 5 ans débute à la date d'implantation du dispositif. Le fabricant s'engage à rembourser à l'organisme, qui a supporté l'achat du dispositif, la valeur d'achat du dispositif explanté en cas de dysfonctionnement, pendant le délai de garantie, sans préjudice de tout autre recours. On entend par dysfonctionnement du dispositif tout évènement non lié à des conditions normales d'utilisation de celui-ci. Ne sont pas considérées comme des situations normales notamment les situations où les impédances de sondes sont < 25 1% ou > 200 1%, ou lorsque le nombre de mises en charge pour thérapie en plus des reformatages prévus par le constructeur est supérieur à 20. Il existe une présomption normale d'utilisation du dispositif en faveur de l'organisme qui en demande le remboursement. REFERENCE PRISE EN CHARGE Référence : 3501.			

Section 9. – Dispositifs d’assistance circulatoire mécanique (DACM)

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 $\geq$ 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 (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	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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, P15P-001, P25P-001, P25P-001x01, P30P-001, P30P-001x01, 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) ; pompe à sang à valve double ailette de 50 ml, 60 ml et 80 ml (réf. P50C-001, P60C-001, P80C-001). - canule apicale : canule apicale nouveau-né (réf. C14A-040m) ; canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050). - 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. C15V-040m) ; 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, C80G-040m, 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). - 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	**54688,76**	**54688,76**	**15-12-2019**

	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 L20H-002x01, réf L20H-003x01. - 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). - set d'extension pour les canules de diamètre 6/6 mm (réf. A06-006), de diamètre 9/9 mm (réf. A09-009) et de diamètre 12/12 mm (réf. A12-012).			
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, P15P-001, P25P-001, P25P-001x01, P30P-001, P30P-001x01, 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) ; pompe à sang à valve double ailette de 50 ml, 60 ml et 80 ml (réf. P50C-001, P60C-001, P80C-001). - canule apicale : canule apicale nouveau-né (réf. C14A-040m) ; 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. C15V-040m) ; 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, C80G-040m, 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). - 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 L20H-002x01, réf L20H-003x01. - set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf TOOL-001), set	**87565,00**	**87565,00**	**15-12-2019**

	d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf TOOL-002). - set d'extension pour les canules de diamètre 6/6 mm (réf. A06-006), de diamètre 9/9 mm (réf. A09-009) et de diamètre 12/12 mm (réf. A12-012).			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

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 :
- 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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3446890	Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, ABBOTT, HEARTMATE 3. 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 3 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. INDICATIONS PRISES EN CHARGE HEARTMATE 3 est indiqué, lorsque la surface corporelle du patient est ≥ 1,2 m2, dans les situations suivantes : - Indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque,	**83 187,00**	**83 187,00**	**30-04-2019**

	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. 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 ; - rupture septale non traitée ; - surface corporelle < 1,2m2 Pour les patients d'âge supérieur ou égal à 70 ans, 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. La participation d'un gériatre est plus particulièrement recommandée pour les patients de plus de 70 ans. MODALITES 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 (7j/7 et 24h/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 assistance circulatoire mécanique, les équipes autorisées pour la transplantation cardiaque peuvent pratiquer l'assistance circulatoire mécanique, sous réserve qu'elles en fassent la demande et qu'elles satisfassent à l'ensemble des conditions sus décrites. REFERENCES PRISES EN CHARGE Kit d'implantation HEARTMATE 3 comprenant les éléments suivants : - Fournis stériles : - 1 pompe à sang HEARTMATE 3 (référence 106524INT) - 1 canule de sortie avec système anti-plicature (référence 155581INT)			

	- 1 contrôleur de système HEARTMATE 3 (référence 106531INT) - 1 câble modulaire (106525INT) - 1 couteau de forage apical (1050) - 1 collerette apicale (106522INT) - 1 emporte-pièce de forage cutané (106528INT) - 1 set de protecteurs de filetage (106532INT) - Fournis non-stériles - Kit d'accessoires pour contrôleur (1 courroie de cou, 1 clip de ceinture, 1 sac de protection) (106129) - 1 batterie de secours ion-lithium 11 V (106128) - 1 notice d'utilisation HEARTMATE 3 Instruments d'implantation (fournis non stériles) : - 1 tunnélisateur HEARTMATE 3, référence 106533INT - Outils chirurgicaux HEARTMATE 3 (outil de déverrouillage et pinces du greffon), référence 10002222INT Kit d'équipements (référence 106531PSK) : - 1 contrôleur de système HEARTMATE 3 (stérile, autonome avec batterie de secours), référence 106531INT - 2 jeux de batteries ion-lithium 14 volts (4 batteries/ jeu), référence 2465 - 1 jeu de 2 clips porte-batteries ion-lithium 14 volts, référence 2865 - 1 manuel du patient - 1 sac de douche, référence 104232 - 1 sac renforcé pour contrôleur de système (droite/gauche), références 104233 et 106449 - 1 étui pour batterie, référence 104234 - 1 Veste-étui, contrôleur de système, batterie 14 V (taille S/M/L), références 104229, 104230 et 104231 Consoles : - 1 moniteur du système, référence 1286INT - 1 Mobile Power Unit, référence 107758 - 1 cordon d'alimentation secteur de la Mobile Power Unit, référence 107757 - 1 module d'alimentation, référence 103868 - 1 câble patient du module d'alimentation (14 volts), référence 103426 - 1 chargeur de batterie universel, référence 103869 - 1 câble moniteur du système-module d'alimentation, référence 103859 - 1 cordon module d'alimentation/chargeur de batterie-alimentation secteur, référence 103861			
3476594	Dispositif assistance circulat, mono-ventriculaire, ABBOTT, 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 coeur 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.	**54 689,00**	**54 689,00**	**01-02-2015**
3404465	Dispositif assistance circulat, bi-ventriculaire, ABBOTT, THORATEC PVAD. THORATEC PVAD est un DACM pulsatile pneumatique para-corporel. Il est constitué d'une pompe	**86 856,00**	**86 856,00**	**01-02-2015**

	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 de tous les éléments, y compris batteries, pendant les deux années suivant l'implantation.			
3414860	Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, ABBOTT, 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.	**83 187,00**	**83 187,00**	**30-04-2019**

	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).			

Société MEDTRONIC (MEDTRONIC)

Le DACM HEARTWARE est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est ≥ 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 :
- 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.

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 24h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Il doit s'engager à participer au protocole de suivi.

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 hotline (24h/24h, 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 le produit suivant :

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3484843	Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, MEDTRONIC, 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 1 Pompe HVAD : référence 1104 1 Tube de dacron en polyester imprégnée de gel 10 mm : référence 1125 1 Accessoires pompe HVAD : un capuchon de canule, un anneau de suture, un dispositif anti-pli : référence 1153 1 Câble d'extension de l'arbre d'entrainement : référence 100- 1 Couvercle de câble : référence 1175 Outils chirurgicaux 1 Ensemble d'outils chirurgicaux : une poignée et une tige du dispositif de tunnelisation, un outil d'excision plus large, un capuchon de câble, tournevis hexagonal, une clé de serrage d'anneau de suture : référence 1318 ou 1 Ensemble d'outils chirurgicaux allongés : une poignée et une tige du dispositif de tunnelisation, un outil d'excision apical allongé, un capuchon de câble, un tournevis hexagonal, une clé de serrage d'anneau de suture allongée : référence 1328 Composants externes/Périphériques 2 Contrôleurs/unités de contrôle : référence 1407DE	**83 187,00**	**83 187,00**	**30-04-2019**

	1 Adaptateur courant continu de contrôleur : référence 1430 1 Adaptateur courant alternatif de contrôleur : référence 1430 1 Adaptateur d'alarme : référence 1450 1 Sacoche du transport : référence 1475 4 Batteries : référence 1650DE 2 Chargeurs de batteries : référence 1610DE 1 Mémoire Flash USB : référence 1560 1 Sac de douche : référence 2000DE 1 Sacoche du transport (ceinture) : référence 2050 1 Sacoche du transport (épaule) : référence 2060 1 Adaptateur courant continu (type « allume-cigare », 12 V) : référence 1440			

Société IST Cardiology SAS (IST)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 m^2 et 2,3 m^2 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 $\geq$ 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 :** - 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.	**83 187,00**	**83 187,00**	**30-04-2019**

	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, 6 batteries Li-ion (JHI-301), 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). Anneau apical (réf. JHI-511)			
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 :** - 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 $\geq$ 1,7 m^2, ou une distance entre le sternum et le 10e corps vertébral, mesurée par tomodensitométrie $\geq$ 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 $\geq$ 70 ans ; - surface corporelle < 1,7 m_2 ; **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.	**98115,00**	**98115,00**	**30-04-2019**

	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.			

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 :
1. S'être assuré du caractère invalidant et pharmaco-résistant de l'épilepsie ;
2. 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 ;
3. 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 R. 165-23 du code de la sécurité sociale.

Société LIVANOVA SAS (Livanova)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3402756	Neurostimulateur du nerf vague gauche, LIVANOVA, ASPIRE SR 106. Neurostimulateur du nerf vague gauche ASPIRE SR 106 de la société LIVANOVA SAS. **DESCRIPTION** Le générateur d'impulsions est un dispositif implantable multi-programmable qui transmet des signaux électriques au nerf vague gauche. Il est placé dans une poche sous-cutanée, dans la région sous-claviculaire gauche. Ce générateur est un boîtier en titane hermétiquement scellé et ayant subi des tests d'étanchéité. Le générateur ASPIRE SR 106 est compatible avec les électrodes modèles 302, 303 ou 304. **INDICATION PRISE EN CHARGE** Enfant ou adulte atteint d'une épilepsie avérée (crise enregistrée en électroencéphalogramme) invalidante et pharmaco-résistante pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue. Les épilepsies pharmacorésistantes sont définies par la persistance de crises après 2 ans sous traitement adapté, c'est-à-dire utilisation préalable en monothérapie séquentielle d'au moins 2 médicaments antiépileptiques et d'au moins une association de 2 médicaments antiépileptiques pendant une durée suffisante pour permettre d'en apprécier l'efficacité. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** 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 pré-chirurgical 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, ou un chirurgien spécialisé en ORL et chirurgie cervico-faciale. Celui-ci doit avoir reçu une formation spécifique de pose de stimulateur du nerf vague 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.	**7135,00**	**7135,00**	**01-04-2025**

	REFERENCE PRISES EN CHARGE : Générateur AspireSR modèle 106			
3498851	Neurostimulateur du nerf vague gauche LIVANOVA, DEMIPULSE 103 et 104. Stimulateur du nerf vague gauche DEMIPULSE modèle 103 et DEMIPULSE DUO modèle 104, de la société Société Livanova SAS Le générateur DEMIPULSE 103 est compatible avec l'électrode VNS 302. Le générateur DEMIPULSE 104 est compatible avec des électrodes à double broche. Il est uniquement posé en remplacement de générateur chez des patients déjà implantés avec des électrodes double broche.	**7135,00**	**7135,00**	**28-02-2022**
3403810	Neurostimulateur du nerf vague gauche, LIVANOVA, électrodes PERENNIA. Electrodes PerenniaDURA modèle 303, références 303-20 et 303-30 et PerenniaFLEX modèle 304, références 304-20 et 304-30, de la Société Livanova SAS. Les électrodes PERENNIA sont compatibles avec les générateurs NCP 102 et DEMIPULSE 103.	**1704,45**	**1704,45**	**28-02-2022**

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 75 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 ;
- 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.
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 :

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

INDICATIONS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE
1) Traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé.
Critères de sélection dans la maladie de Parkinson :
1. Age inférieur à 75 ans ;
2. 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, le stade de Hoehn & Yahr est ≤ 3 sauf pour les formes où domine un tremblement unilatéral sévère) ;
3. a/ Présence de fluctuations motrices, avec des phases « off » invalidantes, dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPRDS IV
OU
b/ Présence de dyskinésies :
- dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPRDS IV,
- et l'incapacité liée à ces dyskinésies est ≥ 1, définie par l'UPRDS IV.

4. Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par un impact sur l'autonomie (score Schwab & England ≤ 70 %) ;
5. Malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas (validé par un neurologue expert en maladie du mouvement) ;
6. Bon état général.

Critères de contre-indications dans la maladie de Parkinson

1. Patient ayant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase « on ».
2. Schwab & England > 70 % en phase « off ».
3. Contre-indications d'ordre général :
- mauvais état général,
- patient ayant une pathologie associée durable (diabète non équilibré, 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, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenu après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson).
4. Contre-indication d'ordre psychiatrique :
- déficit cognitif non contrôlé par des traitements médicamenteux ou évolutifs : démence, dysfonctionnement frontal marqué ;
- troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère non stabilisées ou évolutives ;
- troubles du comportement sans lien avec les traitements médicamenteux dopaminergiques : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale.

2) Traitement des 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, anti-convulsivants, 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 neuro-chirurgie lésionnelle,
- troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs (démences, troubles de la personnalité, troubles cognitifs…).

3) 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.

CONDITIONS D'UTILISATION

L'implantation exige une équipe multidisciplinaire et un plateau technique spécialisé. L'équipe associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue, un médecin avec des compétences en neurophysiologie préopératoire et un neuropsychologue ou un psychiatre, sous la responsabilité d'un coordinateur référent.

L'indication est posée au terme d'un examen pluridisciplinaire, conduit à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie. Sont réalisés :
- 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 ;
- une évaluation du tremblement et/ou du mouvement (clinique et 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 et s'assurer que le patient a les capacités cognitives et/ou bénéficie d'un encadrement familial compatibles avec la réalisation des recharges) ;
- un examen clinique général ;
- une évaluation psychiatrique.

L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de 5 ans.
Le neurologue a un intérêt marqué (soit 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 1 an et participation 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.
L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de 20 patients pris en charge 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 regroupe :
- un équipement de neurophysiologie pour la stimulation et/ou l'enregistrement per opératoire ;
- 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.
Le système ACTIVA doit être implanté par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères susdécrits.
DESCRIPTION ET CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE
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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**1230,98**	**1230,98**	**09-01-2020**
3424433	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, électrode. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 3387-28, 3387-40, 3389-28, 3389-40 La prise en charge est assurée pour 1 électrode DBS..	**1230,98**	**1230,98**	**09-01-2020**
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. 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 monocanal 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	**10505,30**	**10505,30**	**09-01-2020**

3491040	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, extension RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 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.	**386,66**	**386,66**	**09-01-2020**
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.	**698,68**	**698,68**	**09-01-2020**
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).	**5252,64**	**5252,64**	**09-01-2020**
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).	**5252,64**	**5252,64**	**09-01-2020**
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.	**622,91**	**622,91**	**09-01-2020**
3438702	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, télécommande Télécommande patient pour systèmes de stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC, PC et RC. REFERENCE PRISE EN CHARGE TH90D02. La prise en charge de cette télécommande est compatible avec celle des modèles 37603 et 37602 du stimulateur neurologique ACTIVA SC (codes 3453802 et 3449605), du stimulateur neurologique ACTIVA PC (code 3444772) et celle du stimulateur neurologique ACTIVA RC (code 3439890).	**698,68**	**698,68**	**15-12-2025**
3439890	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA RC, stimulateur implantable double canal recharg. Stimulateur implantable double canal rechargeable pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC. 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, 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). 1. INDICATIONS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE Stimulateur implantable double canal rechargeable pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC réservé à l'indication de Parkinson et de la dystonie :	**21532,50**	**21532,50**	**09-01-2020**

	- traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70% à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé, chez un patient ayant des capacités cognitives et/ou bénéficiant d'un encadrement familial compatibles avec la réalisation des recharges, notamment en remplacement d'un système non rechargeable. Les critères de sélection et de contre-indication des patients sont ceux décrits en tête de la rubrique Société MEDTRONIC France SAS pour l'indication Parkinson. - traitement de la dystonie primaire chronique généralisée pharmaco-résistante, chez des patients âgés de 7 ans ou plus, ayant des capacités cognitives et/ou bénéficiant d'un encadrement familial compatibles avec la réalisation des recharges, notamment en remplacement d'un système non rechargeable. 2. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE Les conditions ci-dessous s'ajoutent à celles décrites en tête de la rubrique Société MEDTRONIC France SAS pour l'indication Parkinson. 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 mono canal 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. 3. GARANTIE La garantie est assurée pour une durée de 9 ans. Le renouvellement du stimulateur n'est pris en charge qu'à partir de l'expiration de la période de garantie. 4. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Modèle 37612			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Paragraphe 1 - LIBRA et LIBRA XP

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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3479807	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA, stimulateur simple canal. Stimulateur implantable simple canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA, de la société ABBOTT MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6608.	**5252,64**	**5252,64**	**15-08-2017**
3487847	Stimulation cérébrale, ABBOTT, 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.	**1230,98**	**1230,98**	**15-08-2017**
3482927	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA, extension. La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	**386,66**	**386,66**	**15-08-2017**
3428773	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA, télécommande QuickLink. La prise en charge est assurée pour 1 télécommande QuickLink, modèle6850.	**698,68**	**698,68**	**15-08-2017**
3472604	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA XP, stimulateur double canal. Stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA XP, de la société	**10505,30**	**10505,30**	**15-08-2017**

	ABBOTT MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6644.			
3494333	Stimulation cérébrale, ABBOTT, 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.	**1230,98**	**1230,98**	**15-08-2017**
3471993	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA XP, extension. La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	**386,66**	**386,66**	**15-08-2017**
3437849	Stimulation cérébrale, ABBOTT, LIBRA XP, télécommande QuickLink. La prise en charge est assurée pour une télécommande QuickLink, modèle 6850.	**698,68**	**698,68**	**15-08-2017**

Paragraphe 2 – INFINITY

INFINITY est un système implantable de stimulation cérébrale profonde non rechargeable, comprenant un stimulateur, des électrodes-sondes, des extensions et une télécommande de la société ABBOTT MEDICAL France.

INDICATIONS

- traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé.
- traitement des tremblements invalidants sévères, rebelles au traitement médical, en particulier dans le cadre du tremblement essentiel.

MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION

1. Conditions d'environnement :

L'implantation exige une équipe multidisciplinaire et un plateau technique spécialisé. L'équipe associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue, un médecin avec des compétences en neurophysiologie préopératoire, et un neuropsychologue ou un psychiatre, sous la responsabilité d'un coordinateur référent.
L'indication est posée au terme d'un examen pluridisciplinaire, conduit à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie.
Sont réalisés :

- une évaluation du tremblement et/ou du mouvement (clinique et 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.

L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de 5 ans.
Le neurologue a un intérêt marqué (soit 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 1 an et participation 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.
L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de 20 patients pris en charge 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 regroupe :
- un équipement de neurophysiologie pour la stimulation et/ou l'enregistrement per opératoire ;
- un système d'imagerie avec une IRM de plus de 1 Tesla ;
- un cadre de stéréotaxie en salle d'opération.

La téléexpertise peut être utile en cas d'imagerie supplémentaire par ventriculographie et peut donc faire partie de la plate-forme technique.

Les systèmes de stimulation cérébrale profonde doivent être implantés par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères sus-décrits.

2. Critères de sélection dans les tremblements invalidants sévères

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, anti-convulsivants, benzodiazépines ;
- score ETRS (Essential Tremor Rating Scale) > 25 ».

3. Critères de contre-indications dans les tremblements invalidants sévères :
- mauvais état général ;
- patient 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 neuro-chirurgie lésionnelle ;
- troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs (démences, troubles de la personnalité, troubles cognitifs…)

4. Critères de sélection dans l'indication définie comme le « Traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé » :
- âge inférieur à 75 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, le stade de Hoehn & Yahr est ≤ 3 sauf pour les formes où domine un tremblement unilatéral sévère) ;

a) Présence de fluctuations motrices, avec des phases « off » invalidantes, dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV

OU

b) Présence de dyskinésies :
- dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV ;
- et l'incapacité liée à ces dyskinésies est ≥ 1, définie par l'UPDRS IV.
- persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par un impact sur l'autonomie (score Schwab & England ≤ 70%) ;
- malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas (validé par un neurologue expert en maladie du mouvement) ;
- bon état général.

5. Critères de contre-indications dans l'indication définie comme le « Traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé »:
- patient ayant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase « on » ;
- Schwab & England > 70 % en phase « off » ;
- contre-indications d'ordre général :
- mauvais état général,
- patient ayant une pathologie associée durable (diabète non équilibré, 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, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenue après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson) ;
- contre-indication d'ordre psychiatrique :
- déficit cognitif non contrôlé par des traitements médicamenteux ou évolutifs : démence, dysfonctionnement frontal marqué,
- troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère non stabilisées ou évolutives,
- troubles du comportement sans lien avec les traitements médicamenteux dopaminergiques : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3492920	Stim cérébrale, ABBOTT, INFINITY, stimulation profonde non rechargeable. Stimulateur implantable double canal non rechargeable pour stimulation cérébrale profonde INFINITYde la société ABBOTT MEDICAL France. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : - INFINITY 5 (pile 5,3 Ah) : 6660, 6661 - INFINITY 7 (pile 7,5 Ah) : 6662, 6663	**10505,30**	**10505,30**	**01-03-2020**
3456019	Stim cérébrale, ABBOTT, INFINITY, électrode quadripolaire. Kit d'une électrode ou sonde quadripolaire comprenant les accessoires nécessaires à l'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 6158, 6159, 6160, 6161, 6166, 6167, 6168, 6169	**1230,98**	**1230,98**	**01-03-2020**
3487422	Stim cérébrale ABBOTT, INFINITY, électrode octopolaire. Kit d'une électrode ou sonde octopolaire comprenant les accessoires nécessaires à l'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 6178, 6179, 6180, 6181, 6170, 6171, 6172, 6173	**1230,98**	**1230,98**	**01-03-2020**
3400473	Stim cérébrale, ABBOTT, INFINITY, télécommande. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Télécommande 3883, Application : 3875	**698,68**	**698,68**	**01-03-2020**
3402779	Stim cérébrale, ABBOTT, INFINITY, extension. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 6339, 6340, 6343, 6344, 6355, 6356, 6359, 6361, 6362, 6363, 6371, 6372, 6373, 6377, 6378, 6379	**386,66**	**386,66**	**01-03-2020**

Société Boston Scientific SAS (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3451938	Stim cérébral, BOSTON, VERCISE PC, stimulation profonde non rechargeable. Stimulateur implantable double canal non rechargeable pour stimulation cérébrale profonde VERCISE PC de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. DESCRIPTION Le système VERCISE PC est un système implanté de stimulation cérébrale profonde non rechargeable comprenant : - une ou deux sondes, en fonction du caractère unilatéral ou bilatéral des cibles de stimulation ; - une ou deux extensions raccordant la ou les sondes au générateur d'impulsions ; - un générateur d'impulsions, nécessitant l'usage d'une télécommande spécifique. Les électrodes non directionnelles M365DB220130DC0 et M365DB220145DC0 ainsi que l'extension de sonde M365NM3138550, compatibles avec VERCISE PC, sont déjà inscrites sur la LPPR respectivement sous les codes 3428359 et 3462824. Lorsque des électrodes associées à des extensions de sonde de marque Medtronic (modèles 7483,	**10505,30**	**10505,30**	**01-02-2022**

	3708640, 3708660, 3708695 exclusivement) sont déjà implantées, l'utilisation d'un adaptateur B26 ou M8 est nécessaire pour raccorder un stimulateur VERCISE PC à chacune de ces sondes. INDICATION SPÉCIFIQUE DE PRISE EN CHARGE Traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé. Critères de sélection : Dans l'indication définie comme le « traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé », les conditions de sélection des patients sont les suivantes : 1. Age inférieur à 75 ans ; 2. 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, le stade de Hoehn & Yahr est ≤ 3 sauf pour les formes où domine un tremblement unilatéral sévère) ; 3. a/ Présence de fluctuations motrices, avec des phases « off » invalidantes, dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV OU b/ Présence de dyskinésies : - dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV ; - et l'incapacité liée à ces dyskinésies est ≥ 1, définie par l'UPDRS IV ; 4. Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par un impact sur l'autonomie (score Schwab & England ≤ 70 %) ; 5. Malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas (validé par un neurologue expert en maladie du mouvement) ; 6. Bon état général. Critères de contre-indications : 1. Patient ayant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase « on » ; 2. Schwab & England > 70 % en phase « off » ; 3. Contre-indications d'ordre général : - mauvais état général ; - patient ayant une pathologie associée durable (diabète non équilibré, 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, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenue après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson) ; 4. Contre-indication d'ordre psychiatrique : - déficit cognitif non contrôlé par des traitements médicamenteux ou évolutifs : démence, dysfonctionnement frontal marqué ; - troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère non stabilisées ou évolutives ; - troubles du comportement sans lien avec les traitements médicamenteux dopaminergiques : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation exige une équipe multidisciplinaire et un plateau technique spécialisé. L'équipe associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue, un médecin avec des compétences en neurophysiologie préopératoire et un neuropsychologue ou un psychiatre, sous la responsabilité d'un coordinateur référent. L'indication est posée au terme d'un examen pluridisciplinaire, conduit à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie. Sont réalisés :			

	- 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 ; - une évaluation du tremblement et/ou du mouvement (clinique et 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. L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de 5 ans. Le neurologue a un intérêt marqué (soit 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 1 an et participation 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. L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de 20 patients pris en charge 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 regroupe : - 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. Le système VERCISE PC doit être implanté par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères sus-décrits. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE M365DB11400			
3427437	Stim cérébral, BOSTON, VERCISE GEVIA, stimulateur implantable double canal recharg. Stimulateur implantable double canal rechargeable pour stimulation cérébrale profonde VERCISE GEVIA. DESCRIPTION : Le système VERCISE GEVIA est un système implantable de stimulation cérébrale profonde rechargeable comprenant un générateur d'impulsions et une télécommande spécifique.	**21532,50**	**21532,50**	**15-11-2022**

	Il nécessite d'être associé à - une ou deux électrodes de stimulation, en fonction du caractère unilatéral ou bilatéral des cibles de stimulation ; - une ou deux extensions raccordant la ou les électrodes au générateur d'impulsions. Le générateur d'impulsion VERCISE GEVIA peut être connecté soit directement; soit à l'aide d'une extension à l'ensemble des électrodes de la gamme VERCISE (non directionnelles et directionnelles) : - les sondes non directionnelles VERCISE qui sont dotées de 8 contacts identiques répartis linéairement sur 8 niveaux à leur extrémité ; - les sondes directionnelles VERCISE CARTESIA qui sont dotées de 8 contacts répartis sur 4 niveaux à leur extrémité. Lorsque des électrodes associées à des extensions de sonde de marque Medtronic (références 3708640, 3708660, 3708695, 3708540, 3708560, 3708595 exclusivement) sont déjà implantées, l'utilisation de l'adaptateur M8 est nécessaire pour raccorder un générateur VERCISE GEVIA à ces sondes. Un adaptateur M8 est nécessaire pour connecter chaque extension. Dans ce cas, la compatibilité avec la réalisation d'un examen IRM n'est alors plus assurée. INDICATION SPÉCIFIQUE DE PRISE EN CHARGE Traitement des symptômes de la maladie de Parkinson idiopathique, lors de l'apparition d'une gêne fonctionnelle certaine (score de Schwab & England ≤ 70 % à certains moments de la journée) malgré un traitement médicamenteux optimisé, chez un patient ayant des capacités cognitives et/ou bénéficiant d'un encadrement familial compatibles avec la réalisation des recharges, notamment en remplacement d'un système non rechargeable. Critères de sélection des patients : 1. Age inférieur à 75 ans ; 2. 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, le stade de Hoehn & Yahr est ≤ 3 sauf pour les formes où domine un tremblement unilatéral sévère) ; 3. a/ Présence de fluctuations motrices, avec des phases « off » invalidantes, dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV OU b/ Présence de dyskinésies : - dont la durée est ≥ 1 (1 = 1 à 25 % de la journée), définie par l'UPDRS IV ; - et l'incapacité liée à ces dyskinésies est ≥ 1, définie par l'UPDRS IV ; 4. Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par un impact sur l'autonomie (score Schwab & England ≤ 70 %) ; 5. Malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas (validé par un neurologue expert en maladie du mouvement) ; 6. Bon état général. Critères de contre-indications : 1. Patient ayant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase « on » ; 2. Schwab & England > 70 % en phase « off » ; 3. Contre-indications d'ordre général : - mauvais état général ; - patient ayant une pathologie associée durable (diabète non équilibré, 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, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenue après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson) ; 4. Contre-indication d'ordre psychiatrique : - déficit cognitif non contrôlé par des traitements médicamenteux ou évolutifs : démence, dysfonctionnement frontal marqué ;			

	- troubles psychiatriques non contrôlés par des traitements médicamenteux ou évolutifs : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère non stabilisées ou évolutives ; - troubles du comportement sans lien avec les traitements médicamenteux dopaminergiques : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Compatibilité avec les examens par IRM : Pour qu'un examen d'IRM puisse être réalisé, le système VERCISE GEVIA doit être configuré en mode IRM. La vérification préalable de cette compatibilité pour l'ensemble des composants implantés (sonde, générateur, extensions et adaptateur le cas échéant) est nécessaire. Le champ magnétique applicable est de 1,5 T dans un système horizontal fermé. Conditions d'environnement : L'implantation exige une équipe multidisciplinaire et un plateau technique spécialisé. L'équipe associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue, un médecin avec des compétences en neurophysiologie préopératoire et un neuropsychologue ou un psychiatre, sous la responsabilité d'un coordinateur référent. L'indication est posée au terme d'un examen pluridisciplinaire, conduit à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie. Sont réalisés : - 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 ; - une évaluation du tremblement et/ou du mouvement (clinique et 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 et s'assurer que le patient a les capacités cognitives et/ou bénéficie d'un encadrement familial compatibles avec la réalisation des recharges) - un examen clinique général ; - une évaluation psychiatrique. L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de 5 ans. Le neurologue a un intérêt marqué (soit 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 1 an et participation 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. L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de 20 patients pris en charge 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 regroupe : - 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. Le système VERCISE GEVIA doit être implanté par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères sus-décrits. GARANTIE La garantie est assurée pour une durée de 15 ans. Le renouvellement du stimulateur n'est pris en charge qu'à partir de l'expiration de la période de garantie. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Modèle M365DB12000			
3460736	Stim cérébrale, BOSTON, VERCISE PC, une télécommande et un kit. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : M365DB52400 - M365DB55421A0	**698,68**	**698,68**	**01-02-2022**
3410075	Stim cérébrale, BOSTON, 3 DBS VERCISE, une télécommande et un kit. Cette télécommande peut être utilisée avec VERCISE PC et VERCISE GEVIA. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : VERCISE 3 DBS : M365DB52500 - M365DB55521A0	**698,68**	**698,68**	**15-11-2022**
3428359	Stim cérébrale, BOSTON, VERCISE, VERCISE PC et VERCISE GEVIA, une électrode. Kit d'une électrode ou sonde comprenant les accessoires nécessaires à l'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Modèles M365DB220130DC0 (30 cm) et M365DB220145DC0 (45 cm) La prise en charge est assurée dans la limite de 2 électrodes SCP.	**1230,98**	**1230,98**	**15-05-2020**
3462824	Stim cérébrale, BOSTON, VERCISE, VERCISE PC et VERCISE GEVIA, une extension. Kit d'une extension comprenant les accessoires nécessaires à l'intervention. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Modèle M365NM3138550	**386,66**	**386,66**	**15-05-2020**
3444890	Stim cérébrale, BOSTON, VERCISE PC et VERCISE GEVIA, une électrode. Kit d'une électrode ou sonde comprenant les accessoires nécessaires à l'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : Modèles M365DB2202300 (30 cm) et M365DB2202450 (45 cm) La durée de garantie est d'une année.	**1230,98**	**1230,98**	**01-02-2022**

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 :

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 figurant sur une liste établie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La désignation de ces établissements de santé s'effectue par une procédure d'appel à candidatures organisée par le directeur de l'ARH. Les établissements sont sélectionnés sur la base des conditions fixées par le présent arrêté. Cette liste sera révisée périodiquement en fonction des statistiques d'activité annuelles transmises à l'ARH par les établissements.
Le bilan pré-implantation, l'implantation, le suivi et les réglages post-implantation doivent être réalisés par le même centre.

Conditions relatives à la composition de l'équipe pluridisciplinaire

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 :
- 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).

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. 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.

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.

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.

Conditions relatives aux modalités de travail des équipes

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.

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.

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 (cf. avis de la CEPP en date du 16-05-2007) le résultat du niveau perceptif, les complications éventuelles et le devenir des patients implantés.

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. Les centres implanteurs doivent assurer un accompagnement à la prise en main du processeur impliquant une présentation des fonctionnalités des processeurs, une formation du patient à sa pleine utilisation et la vérification de la maîtrise par le patient des fonctionnalités de l'appareil
La rééducation post-implantation est réalisée initialement dans le centre, puis dans le réseau de soins.
Les évaluations régulières, en face à face ou par les solutions de télémédecine disponibles, 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).

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.

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.

Sous-section 1. - Systèmes d'implants cochléaires

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 :

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.

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.

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.

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.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Société Advanced Bionics

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3401277	Implant coch, Advanced Bionics, HIRES ULTRA HIFOCUS SLIM J. Implant cochléaire, HIRES ULTRA HIFOCUS SLIM J, de la société Advanced Bionics. INDICATION SUPPLEMENTAIRE : 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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CI-1600-05	**13650,00**	**13650,00**	**15-07-2022**
3436123	Implant coch, Advanced Bionics, HIRES ULTRA HIFOCUS MIDSCALA. Implant cochléaire, HIRES ULTRA HIFOCUS MIDSCALA, de la société Advanced Bionics. 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE :	**13650,00**	**13650,00**	**15-07-2022**

	CI-1600-04			
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.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3463686	Implant coch, Advanced Bionics, HiRes 90k Advantage HiFocus MS. Implant cochléaire, HiRes 90k Advantage, de la société Advanced Bionics. Cet implant comprend un boîtier en titane avec un porte-électrodes HiFocus MS (Mid-Scala). 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-1500-04 avec porte-électrodes HiFocus MS compatible avec les processeurs : – référence CI-8500-XXX pour implant cochléaire HiRes Auria ; – référence CI-8700-XXX pour implant cochléaire Auria Harmony ; – référence 303-M131 pour implant cochléaire, NEPTUNE ;	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3408121	Implant coch, ADVANCED BIONICS, HIRES ULTRA 3D HIFOCUS MIDSCALA. Implant cochléaire, HIRES ULTRA 3D HIFOCUS MIDSCALA, de la société ADVANCED BIONICS. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CI-1601-04	**13650,00**	**13650,00**	**01-05-2024**
3443212	Implant coch, ADVANCED BIONICS, HIRES ULTRA 3D HIFOCUS SLIM J. Implant cochléaire, HIRES ULTRA 3D HIFOCUS SLIM J, de la société ADVANCED BIONICS. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CI-1601-05	**13650,00**	**13650,00**	**01-05-2024**

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3449835	Implant coch, COCHLEAR, Nucleus 5. Implant cochléaire, Nucleus 5, de la société Cochlear France SAS Référence prise en charge: CN5–CI512: Implant cochléaire NUCLEUS CI 512 Indication supplementaire: Les indications sont étendues aux surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

	profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel chez l'enfant.			
3494215	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 CI422. Implant cochléaire, Nucleus CI422, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence BOM-CI422.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3446720	Implant coch, COCHLEAR, Nucleus CI522. Implant cochléaire, Nucleus CI522, de la société Cochlear France SAS. Description L'implant NUCLEUS CI522 est constitué : - du faisceau d'électrodes fines et droites de l'implant NUCLEUS CI422 visant à minimiser le traumatisme de la paroi latérale de la cochlée lors de l'insertion du faisceau ; - du boîtier récepteur-stimulateur moins épais de l'implant NUCLEUS CI512 visant à s'adapter aux enfants et aux patients avec une peau fine L'implant NUCLEUS CI522 est compatible avec les processeurs CP810, CP910 et CP920 Indication supplementaire L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Référence prise en charge CN5-CI522	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2021**
3444163	Implant coch, COCHLEAR, Nucleus CI 532 INDICATIONS SUPPLEMENTAIRES 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 (surdité de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. REFERENCE PRISES EN CHARGE CN5-CI532	**13650,00**	**13650,00**	**31-01-2022**
3444269	Implant coch, COCHLEAR, NUCLEUS CI612 Implant cochléaire CI612 avec électrode Contour Advance, de la société Cochlear France. INDICATION PRISE EN CHARGE Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE CN6-CI612	**13650,00**	**13650,00**	**15-10-2024**
3473791	Implant coch, COCHLEAR, NUCLEUS CI622 Implant cochléaire CI622 avec électrode fine et droite, de la société Cochlear France. INDICATION PRISE EN CHARGE Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou	**13650,00**	**13650,00**	**15-10-2024**

	inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE CN6-CI622			
3434302	Implant coch, COCHLEAR, NUCLEUS CI632 Implant cochléaire CI632 avec électrode fine et préformée, de la société Cochlear France. INDICATION PRISE EN CHARGE Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE CN6-CI632	**13650,00**	**13650,00**	**15-10-2024**

Société Neurelec SA (Neurelec)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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. Date de fin de prise en charge : 28 février 2014.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
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.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3471148	Implant coch, Neurelec, NEURO ZTI EVO INDICATIONS SUPPLEMENTAIRES 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 (surdité de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. REFERENCE PRISES EN CHARGE M80185	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3415345	Implant coch, Neurelec, NEURO ZTI CLA INDICATIONS SUPPLEMENTAIRES 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 (surdité de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. REFERENCE PRISES EN CHARGE M80184	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

Société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3401188	Implant coch, MED-EL, SYNCHRONY. Implant cochléaire, SYNCHRONY, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes (Standard, Medium, FLEX20, FLEX24, FLEX28, FLEXsoft, Compressed, FORM 19 et FORM 24). SYNCHRONY est compatible avec la réalisation d'imagerie par résonance magnétique (IRM) 3 Tesla. Cet implant est compatible avec toutes les références du processeur de la gamme SONNET et SONNET EAS prises en charge sous le code 3404608. REFERENCES PRISES EN CHARGE DE L'IMPLANT AVEC SON PORTE ELECTRODE SYNCHRONY + Standard - 09395 référence : 31084 SYNCHRONY + Medium - 09398 référence : 31087 SYNCHRONY + FLEX20 - 07880 référence : 31113 SYNCHRONY + FLEX24 - 09400 référence : 31089 SYNCHRONY + FLEX28 - 09404 référence : 31093 SYNCHRONY + FLEXsoft - 09402 référence : 31091 SYNCHRONY + Compressed - 09408 référence : 31097 SYNCHRONY +FORM19 - 30892 référence : 31098 SYNCHRONY +FORM24 - 30894 référence : 31100 INDICATION SUPPLEMENTAIRE 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.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3434609	Implant coch, MED-EL, SYNCHRONY PIN. Implant cochléaire, SYNCHRONY PIN, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes (Standard, Medium, FLEX20, FLEX24, FLEX28, FLEXsoft, Compressed, FORM 19 et FORM 24). SYNCHRONY PIN comporte deux petits picots en titane (longueur 1,4mm et diamètre 1mm) sur la face plate inférieure du boîtier en titane et est compatible avec la réalisation d'imagerie par résonance magnétique (IRM) 3 Tesla. Cet implant est compatible avec toutes les références du processeur de la gamme SONNET et SONNET EAS prises en charge sous le code 3404608. REFERENCES PRISES EN CHARGE DE L'IMPLANT AVEC SON PORTE ELECTRODE SYNCHRONY PIN + Standard - 09396 référence : 31085 SYNCHRONY PIN + Medium - 09399 référence : 31088 SYNCHRONY PIN + FLEX20 - 07882 référence : 31114 SYNCHRONY PIN + FLEX24 - 09401 référence : 31090 SYNCHRONY PIN + FLEX28 - 09405 référence : 31094 SYNCHRONY PIN+ FLEXsoft - 09403 référence : 31092	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

	SYNCHRONY PIN + Compressed - 09397 référence : 31086 SYNCHRONY PIN + FORM19 - 30893 référence : 31099 SYNCHRONY PIN + FORM24 - 30895 référence : 31101 INDICATION SUPPLEMENTAIRE 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.			
3400869	Implant coch, MED-EL, SYNCHRONY 2 Implant cochléaire SYNCHRONY 2, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. DESCRIPTION Les implants cochléaires Mi1250 SYNCHRONY 2 ont les mêmes caractéristiques que les implants Mi1200 SYNCHRONY (pris en charge sous le code 3401188) excepté la sortie du porte-électrodes, devenue centrale (sortie latérale pour la version antérieure). Ces implants sont compatibles avec toutes les références du processeur de la gamme SONNET, SONNET EAS prises en charge sous le code 3404608, et SONNET 2, SONNET 2 EAS prises en charge sous le code 3485950. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Mi1250 SYNCHRONY 2 STANDARD - 36672 référence : 36701 Mi1250 SYNCHRONY 2 MEDIUM - 36674 référence : 36703 Mi1250 SYNCHRONY 2 FLEX20 - 37175 référence : 37181 Mi1250 SYNCHRONY 2 FLEX24 - 36680 référence : 36709 Mi1250 SYNCHRONY 2 FLEX26 - 36902 référence : 36904 Mi1250 SYNCHRONY 2 FLEX28 - 36682 référence : 36711 Mi1250 SYNCHRONY 2 FLEXSOFT - 36678 référence : 36707 Mi1250 SYNCHRONY 2 COMPRESSED - 36676 référence : 36705 Mi1250 SYNCHRONY 2 FORM19 - 37177 référence : 37183 Mi1250 SYNCHRONY 2 FORM24 - 37179 référence : 37185	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**
3403299	Implant coch, MED-EL, SYNCHRONY 2 PIN Implant cochléaire SYNCHRONY 2 PIN, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. DESCRIPTION Les implants cochléaires Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN ont les mêmes caractéristiques que les implants Mi1200 SYNCHRONY PIN (pris en charge sous le code 3434609) excepté la sortie du porte-électrodes, devenue centrale (sortie latérale pour la version antérieure). SYNCHRONY 2 PIN comporte deux picots en titane « pins » de 1 mm de diamètre et de 1,4 mm de longueur sur la face inférieure du boîtier en titane. Ils visent à faciliter la fixation de l'implant sur l'os temporal. Cet implant est compatible avec toutes les références du processeur de la gamme SONNET, SONNET EAS prises en charge sous le code 3404608, et SONNET 2, SONNET 2 EAS prises en charge sous le code 3485950. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN STANDARD - 36671 référence : 36700 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN MEDIUM - 36673 référence : 36702 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FLEX20 - 37174 référence : 37180 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FLEX24 - 36679 référence : 36708 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FLEX26 - 36901 référence : 36903 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FLEX28 - 36681 référence : 36710 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FLEXSOFT - 36677 référence : 36706 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN COMPRESSED -36675 référence : 36704 Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FORM19 - 37176 référence : 37182	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

	Mi1250 SYNCHRONY 2 PIN FORM24 - 37178 référence : 37184			

Sous-section 2. - Systèmes d'implants du tronc cérébral

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 :

Société COCHLEAR France (COCHLEAR)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3486167	Implant tronc cérébral, COCHLEAR, ABI 541. Implant du tronc cérébral, ABI 541, de la société COCHLEAR France. La prise en charge est assurée pour la référence CN5-ABI541.	**13650,00**	**13650,00**	**15-07-2022**

Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
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.	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

Société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3437909	Implant tronc cérébral, MED-EL, SYNCHRONY ABI - 09406. Implant du tronc cérébral, SYNCHRONY ABI - 09406, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes ABI. SYNCHRONY ABI est compatible avec la réalisation d'imagerie par résonance magnétique (IRM) 0,2, 1,0 et 1,5 Tesla sans seconde intervention. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs OPUS 2, RONDO et SONNET et	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

	SONNET EAS prises en charge sous les codes 3471600 et 3404608. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 310953434609			
3494965	Implant tronc cérébral, MED-EL, SYNCHRONY PIN ABI - 09407. Implant du tronc cérébral, SYNCHRONY PIN ABI - 09406, de la société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H. Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes ABI. SYNCHRONY PIN ABI comporte deux petits picots en titane (longueur 1,4mm et diamètre 1mm) sur la face plate inférieure du boîtier en titane et est compatible avec la réalisation d'imagerie par résonance magnétique (IRM) 0,2, 1,0 et 1,5 Tesla sans seconde intervention. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs OPUS 2, RONDO et SONNET et SONNET EAS prises en charge sous les codes 3471600 et 3404608. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 31096	**13650,00**	**13650,00**	**28-02-2024**

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 :

Société Advanced Bionics

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 : - CI-8700-XXX : contour d'oreille Auria Harmony compatible avec la dernière génération des implants cochléaires Advanced Bionics.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
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.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**

3459271	Implant coch, processeur, Advanced Bionics, NAIDA CIQ90. Processeur pour implant cochléaire HIRESOLUTION BIONIC EAR, de la société Advanced Bionics. INDICATION PRISE EN CHARGE : Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 303-M246	**6000,00**	**6000,00**	**01-03-2022**
3485937	Implant coch, processeur, Advanced Bionics, Chorus. Processeur pour implant cochléaire, Chorus, de la société Advanced Bionics. DESCRIPTION Ce processeur se présente sous forme de boitier. INDICATION PRISE EN CHARGE Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 303-M433	**6000,00**	**6000,00**	**15-10-2024**

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 : - 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. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CN7-B1	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
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 : - 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. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : CN-CP950	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
3474655	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, Nucleus. Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, Nucleus, de la société Cochlear France	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**

	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 CI24RE, CI24M ou CI24R) ; - HYB-BWP (Freedom Hybrid boitier, permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24RE, CI24M ou CI24R) ; - CN5-B1 (Nucleus CP810 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom, Nucleus CI422, Nucleus CI512, CI24R et CI24M) incluant la prise en charge de l'assistant sans fil CR110 ; - 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 (refs CI24RE-CA et CI24RE-ST), Nucleus CI422 (ref BOM CI 422), Nucleus 5 (ref CN5-CI512) et Nucleus ABI24M (ref BOM-ABI4). 2. Uniquement le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus (refs 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 boitier, permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M).			
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	**6000,00**	**6000,00**	**31-03-2026**

Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
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.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
3428371	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, NEURO 2	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**

	Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, de la société Neurelec. NEURO 2 est compatible avec les implants NEURO ZTI EVO et NEURO ZTI CLA. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 158004, 158028, 158031, 157975, 152390, 158034, 158014, 157981, 165439, 165440			
3419515	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, NEURO ONE Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, de la société Neurelec. NEURO ONE est compatible avec les implants NEURO ZTI EVO et NEURO ZTI CLA. REFERENCES PRISES EN CHARGE M80336, M80337, M80338, M80339, M80340, M80341, M80342	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**

Société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
3471600	Implant coch ou tronc cérébral, 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 MED-EL. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - OPUS 2 : références : 07584, 07585, 07588, 07589, 07590, 07591 - RONDO : références : 8798, 8799, 8800 et 8801.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
3404608	Implant Coch Ou Tronc Cérébral, Processeur,Med-El, SONNET Implant coch ou tronc cérébral, processeur, MED-EL, SONNET. Processeurs SONNET et SONNET EAS pour implants cochléaires CONCERTO, CONCERTO PIN, SYNCHRONY et SYNCHRONY PIN et pour implants du tronc cérébral CONCERTO ABI 06277, CONCERTO ABI PIN 06278, SYNCHRONY ABI - 09406 et SYNCHRONY PIN ABI - 09407 de la société MED-EL. REFERENCES PRISES EN CHARGE Processeur SONNET kit patient avec antenne DL : 31335, 31336, 31337, 31338, 31339 et 31340. Processeur SONNET EAS kit patient avec antenne DL : 31341, 31342, 31343, 31344, 31345 et 31346.	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
3450904	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, MED-EL, RONDO 2. RONDO 2 est un processeur de son pour systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral compatible avec tous les modèles d'implants de la société MED-EL suivants : - C40 et C40+ - Pulsar Ci100 - Sonata Ti100 - CONCERTO/ CONCERTO PIN - Pulsar Ci100 ABI - Sonata Ti100 ABI - CONCERTO ABI/ CONCERTO PIN ABI	**6000,00**	**6000,00**	**15-06-2024**

	- SYNCHRONY/ SYNCHRONY PIN - SYNCHRONY ABI/ SYNCHRONY PIN ABI REFERENCES PRISES EN CHARGE : Kits patients pris en charge : - 35320 Kit RONDO 2 (Me1150) MAESTRO - 35321 Kit RONDO 2 (Me1150) SYNCHRONY 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.			
3485950	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, MED-EL, SONNET 2 DESCRIPTION Processeurs SONNET 2 et SONNET 2 EAS pour implants cochléaires CONCERTO, CONCERTO PIN, SYNCHRONY, SYNCHRONY PIN, SYNCHRONY 2 et SYNCHRONY 2 et pour implants du tronc cérébral CONCERTO ABI 06277, CONCERTO ABI PIN 06278, SYNCHRONY ABI - 09406 et SYNCHRONY PIN ABI - 09407 de la société MED-EL. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) anthracite référence : 37583 SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) ebony référence : 37586 SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) black référence : 37589 SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) white référence : 37592 SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) beige référence : 37595 SONNET 2 Me1510 Kit (DIAM.) Nordic grey référence : 37598 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) anthracite référence : 37601 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) ebony référence : 37604 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) black référence : 37607 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) white référence : 37610 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) beige référence : 37613 SONNET 2 Me1510 Kit (AXIAL) Nordic grey référence : 37616 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) anthracite référence : 37727 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) ebony référence : 37730 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) black référence : 37733 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) white référence : 37736 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) beige référence : 37739 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (DIAM.) Nordic grey référence : 37742 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) anthracite référence : 37745 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) ebony référence : 37748 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) black référence : 37751 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) white référence : 37754 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) beige référence : 37757 SONNET 2 EAS Me1520 Kit (AXIAL) Nordic grey référence : 37760	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**
3439044	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, MED-EL, RONDO 3 INDICATION PRISE EN CHARGE Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 37379; 37380	**6000,00**	**6000,00**	**28-02-2024**

Section 13 – Systèmes d'implant d'oreille moyenne

Société MED-EL Elektromedizinische Geräte Gesellschaft m.b.H (MED-EL)

VIBRANT SOUNDBRIDGE
L'implant d'oreille moyenne VIBRANT SOUNDBRIDGE comporte :

- une partie interne (implant VORP),
- les coupleurs de vibroplastie pour la mise en place chirurgicale de l'implant,
- une partie externe (audio processeur Samba).

L'implant VORP (implant Vibrating Prosthesis) est composé d'un récepteur ou bobine interne, d'une liaison filaire conductrice et du FMT (Floating Mass transducer ou transducteur à masse flottante) contenant un aimant.

L'implant VORP 503 est compatible avec l'IRM 1,5 Tesla et a un système de fixation avec 2 vis auto-taraudeuses nécessitant un moindre fraisage.

Les coupleurs de vibroplastie sont associés au transducteur et sont utilisés pour optimiser la stabilité du couplage lors de la mise en place chirurgicale de l'implant.

INDICATIONS

Surdités de transmission ou surdités mixtes, unilatérales ou bilatérales, chez l'enfant et chez l'adulte, après échec ou impossibilité :
- d'une chirurgie d'oreille moyenne
- et d'un appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse,
- et d'une prothèse auditive ostéointégrée.

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

L'implantation est unilatérale.

VIBRANT SOUNDBRIDGE doit être prescrit et implanté par une équipe pluridisciplinaire appartenant à un centre et ayant bénéficié d'une formation spécifique pour son implantation et comprenant notamment :
- un ORL
- un audioprothésiste
- un orthophoniste
- un psychologue
- un pédiatre (chez l'enfant)

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 3 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 de l'implant d'oreille moyenne ;
- le réglage et le suivi des patients (aussi bien pour l'implant que pour le processeur) ;
- les liens entre professionnels (travail en réseau) impliqués localement dans la prise en charge du patient malentendant (médecins du travail, associations de malentendants).

Plateau technique :

Attaché aux services et spécialités suscitées, un certain niveau d'équipement est requis
- unités de soins adulte/enfant
- matériel d'électrophysiologie et de réglage d'implants
- matériel d'évaluation orthophonique et audiométrique adulte/enfant

Le centre réalisant la pose des implants d'oreille moyenne doit contribuer au suivi du patient et au recueil des données complémentaires nécessaires sur les complications, le gain auditif et le devenir des patients.

Compte tenu de la rareté des indications dans les surdités concernées, de la nécessité d'une maitrise du geste d'implantation, et d'une prise en charge globale des surdités mixtes et de transmission, l'implantation de ces implants doit être réalisée dans les mêmes centres que ceux implantant les différents types d'implants auditifs (implants cochléaires, BAHA et implants d'oreille moyenne).

L'implantation de VIBRANT SOUNDBRIDGE est réservée aux enfants de plus de 3 ans.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge

3470054	Implant oreille moyenne, implant MED-EL, VIBRANT SOUNDBRIDGE REFERENCE PRISE EN CHARGE : Implant VORP 503 : 51547	**4700,00**	**4700,00**	**31-10-2022**
3423089	Implant oreille moyenne, coupleur MED-EL, VIBRANT SOUNDBRIDGE REFERENCES PRISES EN CHARGE : 50326, 50281, 50282, 50283, 50284, 50285, 50286, 50287,50288, 50289, 50290, 50291, 50292, 51292, 51293, 51294, 51295, 51296, 51297.	**150,00**	**150,00**	**31-10-2022**

Section 14 – 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 :

Société NEURORESP (NEURORESP)

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).
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 € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3403359	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, système complet adulte. Système complet de stimulation intrathoracique pour adulte, ATROSTIM, de la Société NeuroResp. 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.	**50780,00**	**50780,00**	**15-05-2021**
3400728	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, système complet enfant. Système complet de stimulation intrathoracique pour enfant, ATROSTIM, de la Société NeuroResp. 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	**57000,00**	**57000,00**	**15-05-2021**

	connexion, l'antenne de transfert d'énergie, le câble de transfert d'énergie et la batterie doit être individuel.			
3429086	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, syst compl SHACC Système complet de stimulation intrathoracique, ATROSTIM, de la société NeuroResp pour patients avec syndrome d'Ondine (SHACC / syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale congénitale). Description : Le système complet pour patient avec syndrome d'ondine comprend : des composants implantés : - 2 récepteurs internes ; - 2 électrodes adultes/pédiatriques ; - 2 extensions pour électrodes pédiatriques exclusivement pour les patients pédiatriques (pour la croissance de l'enfant). des composants externes : - 2 stimulateurs (boîtiers de contrôle de la stimulation) ; - 1 câble de raccordement boîtier/stimulateur ; - 1 module de programmation du 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 ; - 2 batteries rechargeables 9 V utilisée comme source d'énergie de secours lors des déplacements ; - 1 chargeur de batterie 9 V Indication : Prise en charge spécifique pour les patients atteints d'un syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale congénitale (SHACC) ou syndrome d'Ondine. Référence prise en charge : PNS-CCHS	**88580,00**	**88580,00**	**15-05-2021**
3409563	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, electrode adultes Electrode de neurostimulation pour stimulateur ATROSTIM Adulte Condition de prise en charge : remplacement en cas de défaillance	**5070,00**	**5070,00**	**15-05-2021**
3419580	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, electrode pédiatriq Electrode de neurostimulation pour stimulateur ATROSTIM Enfant Condition de prise en charge : remplacement en cas de défaillance	**5070,00**	**5070,00**	**15-05-2021**
3438458	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, extension pédiatr Extension ou câble de raccordement de 15 cm ou 30 cm pour électrode pédiatrique de neurostimulation pour stimulateur ATROSTIM Condition de prise en charge : remplacement en cas de défaillance	**3582,00**	**3582,00**	**15-05-2021**
3414357	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, recepteur Récepteur interne sous-cutané pour stimulateur ATROSTIM Condition de prise en charge : remplacement en cas de défaillance	**11538,00**	**11538,00**	**15-05-2021**
3497917	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, ATROSTIM, bouchon protect Bouchon protecteur de connecteur pour trajet sous-cutané pour stimulateur ATROSTIM Condition de prise en charge : remplacement en cas de défaillance	**30,00**	**30,00**	**15-05-2021**
3455221	Stimulateur phrénique, intrathoracique, NEURORESP, 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.	**1500,00**	**1500,00**	**15-05-2021**

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.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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.	**23792,50**	**23792,50**	**01-02-2025**
3475608	Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, stimulateur. Remplacement du stimulateur phrénique intradiaphragmatique NEURX DPS RA/4, de la société Synapse Biomedical Europe. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 23-0021. CONDITION DE PRISE EN CHARGE : Le remplacement peut être pris en charge après les quatre années suivant l'implantation..	**5802,50**	**5802,50**	**01-02-2025**

Section 15 : Dispositifs de radio-embolisation utilisés pour la technique de radiothérapie sélective interne (SIRT) ou curiethérapie

Groupe BTG INTERNATIONAL (BTG)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3452926	Radiothérapie, microsphères verre Yttrium 90, BTG, THERASPHERE DESCRIPTION THERASPHERE se compose de microsphères en verre, biocompatibles, de diamètre compris entre 20 et 30 microns et contenant de l'yttrium-90. L'yttrium-90 est un isotope à forte énergie émettant des rayons bêta purs, sans aucune émission gamma primaire. La durée de vie moyenne de l'yttrium-90 est de 3,85 jours. Le parcours moyen dans les tissus est de 2,5 mm et la demi-vie de 64,1 h. INDICATION Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires, de stade BCLC B/C, avec thrombose portale, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib. Métastases hépatiques du cancer colorectal en échappement thérapeutique : Les patients doivent répondre à l'ensemble des critères suivants : - Etat général conservé [score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ≤ 2] ; - Absence d'envahissement tumoral hépatique important (<25%) ; - Absence de localisation extra-hépatique ; - Réfractaires ou intolérants à l'ensemble des thérapeutiques IV et orales reconnues. La progression sous chimiothérapie doit être documentée. Première ligne de traitement palliatif des cholangiocarcinomes intrahépatiques (CCi) naïfs, non résécables au diagnostic ou lors d'une récidive après résection, avec ou sans association à une chimiothérapie, chez des patients présentant : - Un état général préservé (indice fonctionnel ≤ 1) lorsque traités par THERASPHERE en association à une chimiothérapie concomitante ou indice fonctionnel ≤ 2 lorsque traités par THERASPHERE seul ; - Une absence de diffusion extra-hépatique ; - Une charge tumorale <50% et un score Child-Pugh A-B. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'utilisation de THERASPHERE doit être réalisée en conformité avec le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. La planification du traitement par THERASPHERE doit être réservée aux équipes multidisciplinaires comprenant : un médecin nucléaire, un radiologue interventionnel ayant l'expertise de l'embolisation hépatique en cancérologie, un radiophysicien et un radiopharmacien. Cette activité doit être réalisée dans des centres disposant de l'infrastructure suffisante pour être autorisés par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) à réaliser des activités de radiothérapie interne. La décision de mise en œuvre du traitement et du suivi post-thérapeutique devra être prise, en accord avec le patient, en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée dans le carcinome hépato-cellulaire comprenant au minimum : un oncologue, un hépatologue, un radiothérapeute, un chirurgien digestif, un radiologue interventionnel, un médecin nucléaire et un médecin de soins palliatifs. Le patient doit avoir pu bénéficier de l'accompagnement d'une équipe de soins palliatifs. Les centres doivent contribuer au recueil de données obligatoires dans le cadre de l'étude qui sera mise en place. REFERENCES PRISE EN CHARGE : Modèles standard 10092192 ; 10092193 ; 10092194 ; 10092195 ; 10092196 ; 10092197. Modèles adaptés 10094415 ; 10094416 ; 10094417 ; 10094418 ; 10094419 ; 10094420 ; 10094421 ; 10094422 ; 10094423 ; 10094424 ; 10094425 ; 10094426 ; 10094427 ; 10094428 ; 10094429 ; 10094430 ; 10094431 ; 10094432 ; 10094433 ; 10094434 ; 10094435 ; 10094436 ; 10094437 ; 10094438 ; 10094439 ; 10094440 ; 10094441 ; 10094442 ; 10094443. THERASPHERE est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article	**11417,70**	**11417,70**	**01-01-2024**

	R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			

ANNEXE I

FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE
THERASPHERE, microsphères d'Yttrium-90
(Biocompatibles UK Limited, Groupe BTG International)

I. - Caractéristiques principales
Description : THERASPHERE se compose de microsphères en verre, biocompatibles, de diamètre compris entre 20 et 30 microns et contenant de l'yttrium-90. L'yttrium-90 est un isotope à forte énergie émettant des rayons bêta purs, sans aucune émission gamma primaire. La durée de vie moyenne de l'yttrium-90 est de 3,85 jours. Le parcours moyen dans les tissus est de 2,5 mm et la demi-vie de 64,1 h.
Fonction : THERASPHERE est une application de la technique de radiothérapie sélective interne (SIRT) ou radioembolisation, aussi appelée "curiethérapie" qui consiste à introduire des sources radioactives au contact ou à l'intérieur même de la tumeur, sans toutefois causer d'occlusion artérielle.
Les microsphères scellées, chargées à l'Yttrium-90, sont implantées dans les tumeurs hépatiques via l'artère hépatique à l'aide d'un cathéter. Les microsphères sont distribuées de façon hétérogène dans le foie en raison de la physiologie du flux artériel hépatique, du rapport tumeur/foie normal, de la vascularisation des tissus et de la taille de la tumeur. Une fois implantées, ces microsphères vont se loger de manière préférentielle dans les artérioles des nodules cancéreux et délivrer un rayonnement local de l'ordre de quelques millimètres afin de détruire ces derniers. A usage thérapeutique, 94% des béta radiations de l'Yttrium-90 sont délivrées en 11 jours. Le niveau de radiation diminue rapidement avec la distance limitant ainsi l'activité à proximité des microsphères tout en protégeant le tissu hépatique sain.
La région tumorale reçoit un plus grand nombre de THERASPHERE par unité de volume que le foie normal, en raison du flux artériel préférentiel (le rapport du flux sanguin tumeur / foie normal est estimée entre 3 et 7), à la différence du parenchyme hépatique sain vascularisé préférentiellement par la veine porte. Une fois que les microsphères de THERASPHERE sont implantées, elles ne sont pas métabolisées ou excrétées et restent à leur point d'implantation de façon permanente.
Indication prise en charge (1) :
Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires, de stade BCLC B/C, avec thrombose portale, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib.
Dans cette indication, THERASPHERE offre un Service Attendu suffisant et une Amélioration mineure du Service Attendu (ASA IV) par rapport au traitement symptomatique adapté (« best supportive care ») (2).
Conditions de remboursement :

- La planification du traitement par THERASPHERE doit être réservée aux équipes multidisciplinaires comprenant : un médecin nucléaire, un radiologue interventionnel ayant l'expertise de l'embolisation hépatique en cancérologie, un radiophysicien et un radiopharmacien. Cette activité doit être réalisée dans des centres disposant de l'infrastructure suffisante pour être autorisés par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) à réaliser des activités de radiothérapie interne.
- La décision de mise en œuvre du traitement et du suivi post-thérapeutique devra être prise, en accord avec le patient, en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée dans le carcinome hépato-cellulaire comprenant au minimum : un oncologue, un hépatologue, un radiothérapeute, un chirurgien digestif, un radiologue interventionnel, un médecin nucléaire et un médecin de soins palliatifs. Le patient doit avoir pu bénéficier de l'accompagnement d'une équipe de soins palliatifs.
- Les centres doivent contribuer au recueil de données obligatoires dans le cadre de l'étude qui sera mise en place.

II. - Place dans la stratégie thérapeutique
Le carcinome hépatocellulaire se développe habituellement sur une cirrhose, plus rarement sur une hépatopathie chronique non cirrhotique, exceptionnellement sur un foie sain. Le choix des traitements dépend du statut du carcinome hépatocellulaire :

- Les traitements curatifs sont représentés par la transplantation, la résection et la destruction percutanée.
- Les traitements palliatifs (la chimioembolisaton artérielle et les traitements médicamenteux) sont utilisés chez les patients non opérables et ne pouvant pas recevoir un traitement

percutané.

L'indication consensuelle pour la chimioembolisaton artérielle (TACE) est « traitement palliatif de première ligne des CHC évolués (en pratique, surtout multinodulaire), en l'absence de métastase et d'anomalie significative du flux portal, chez les malades Child-Pugh A, (les thromboses portales non tronculaires ne sont pas une contre-indication) ou B7, asymptomatiques et en bon état général (stade OMS 0) ».
En cas d'atteinte extra-hépatique (stade BCLC C) chez les patients avec un état général préservé (ECOG 0-1) et une bonne fonction hépatique (Child-Pugh A), un traitement par NEXAVAR (sorafenib) est préconisé. L'extension d'indication de STIVARGA (regorafenib), reconnue par la Commission de la Transparence en 2017, permet de proposer cette alternative aux patients en progression pendant ou après un traitement systématique par sorafenib et l'ayant bien toléré. La mise en œuvre d'un traitement de 2e ligne par regorafenib implique une décision lors d'une RCP spécialisée et une surveillance étroite en raison du profil de tolérance de cette spécialité.
Aucun traitement n'est disponible chez les patients non éligibles au sorafenib (stade BCLC B notamment) ou n'ayant pas toléré ce traitement. Pour ces patients, ainsi que pour ceux dont la maladie est à un stade très avancé (BCLC D), dont l'état général est détérioré ou une fonction hépatique très altérée, les soins de support doivent être envisagés.
Apport du produit
La Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) considère que les données cliniques disponibles apportent des résultats en faveur de THERASPHERE en termes d'effet potentiel sur la survie avec une tolérance acceptable. Les alternatives thérapeutiques disponibles sont limitées dans les carcinomes hépatocellulaires de stade BCLC B/C, avec thrombose portale, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib. Dans ces situations et compte tenu des données disponibles, la Commission a trouvé un intérêt thérapeutique de THERASPHERE.
III. - Utilisation pratique
L'utilisation de THERASPHERE doit être réalisée en conformité avec le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer (3).
IV. - Spécifications économiques et médico-sociales
THERASPHERE (Biocompatibles UK Limited, Groupe BTG International) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR.
Tarif de remboursement : 11 710,50 Euros.
La prescription doit être effectuée sur une ordonnance de produit de santé d'exception. Elle doit être conforme à l'indication mentionnée dans la présente fiche.
Adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à :
Haute Autorité de santé, DEMESP, Service de l'évaluation des dispositifs, 5, avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

(1) Avis de la CNEDiMTS du 20 février 2018.
(2) L'ASA est cotée de I, amélioration majeure, à V, absence d'amélioration.
(3) Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. JO du 22 mars 2007.

Société SIRTEX MEDICAL EUROPE GmbH (SIRTEX)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
3452694	Radiothérapie, microsphères résine Yttrium 90, SIRTEX, SIR-SPHERES. DESCRIPTION : SIR-SPHERES se compose de microsphères en résine, biocompatibles, de diamètre compris entre 20 et 60 microns et contenant de l'yttrium-90. SIR-SPHERES est conditionné en flacon unitaire. INDICATIONS : 1) Métastases hépatiques du cancer colorectal en échappement thérapeutique. Les patients doivent répondre à l'ensemble des critères suivants : - état général conservé [score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ≤ 2] ; - absence d'envahissement tumoral hépatique important (< 25 %) ; - absence de localisation extra-hépatique ; - réfractaires ou intolérants à l'ensemble des thérapeutiques IV et orales reconnues. La progression sous chimiothérapie doit être documentée. 2) Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires, de stade BCLC B/C, sans occlusion complète du tronc porte, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib. » MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :	**11710,50**	**11710,50**	**01-03- 2022**

	L'utilisation de SIR-SPHERES doit être réalisée en conformité avec le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. La planification du traitement par SIR-SPHERES doit être réservée aux équipes multidisciplinaires comprenant : un médecin nucléaire, un radiologue interventionnel ayant l'expertise de l'embolisation hépatique en cancérologie, un radiophysicien et un radiopharmacien. Cette activité doit être réalisée dans des centres disposant de l'infrastructure suffisante pour être autorisés par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) à réaliser des activités de radiothérapie interne. La décision de mise en œuvre du traitement et du suivi post-thérapeutique devra être prise, en accord avec le patient, en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée dans le carcinome hépato-cellulaire comprenant au minimum : un oncologue, un hépatologue, un radiothérapeute, un chirurgien digestif, un radiologue interventionnel, un médecin nucléaire et un médecin de soins palliatifs. Le patient doit avoir pu bénéficier de l'accompagnement d'une équipe de soins palliatifs. Les centres doivent contribuer au recueil de données obligatoires dans le cadre de l'étude qui sera mise en place. REFERENCE PRISE EN CHARGE :SIR-Y001 SIR-SPHERES est placé sous statut de produit d'exception en application du dernier alinéa de l'article R.165-1, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ce produit figure en annexe I du présent arrêté.			

ANNEXE I

FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE

SIR-SPHERES, microsphères d'Yttrium-90

(SIRTEX Medical)

I. - Caractéristiques principalesDescription :

SIR-SPHERES se compose de microsphères en résine, biocompatibles, de diamètre compris entre 20 et 60 microns et contenant de l'yttrium-90. L'yttrium-90 est un isotope à forte énergie émettant des rayons bêta purs, sans émission gamma primaire. Le parcours maximal du rayonnement de la particule est de 11 mm dans les tissus avec un parcours moyen de 2,5 mm et une demi-vie de 64,1 h.

Fonction :

SIR-SPHERES est une application de la technique de radiothérapie sélective interne (SIRT), aussi appelée curiethérapie qui consiste à introduire des sources radioactives au contact ou à l'intérieur même de la tumeur.

Les microsphères scellées, chargées à l'Yttrium-90, sont implantées dans les tumeurs hépatiques via l'artère hépatique à l'aide d'un cathéter. Les microsphères sont distribuées de façon hétérogène dans le foie en raison de la physiologie du flux artériel hépatique, du rapport tumeur/foie normal, de la vascularisation des tissus et de la taille de la tumeur. Une fois implantées, ces microsphères vont se loger de manière préférentielle dans les artérioles des nodules cancéreux et délivrer un rayonnement local de l'ordre de quelques millimètres afin de détruire ces derniers. A usage thérapeutique, 94% des béta radiations de l'Yttrium-90 sont délivrées en 11 jours. Le niveau de radiation diminue rapidement avec la distance limitant ainsi l'activité à proximité des microsphères tout en protégeant le tissu hépatique sain. Une fois que les microsphères de SIR-SPHERES sont implantées, elles ne sont pas métabolisées ou excrétées et restent à leur point d'implantation de façon permanente.

Indication prise en charge (1), (2) :

- Métastases hépatiques du cancer colorectal en échappement thérapeutique. Les patients doivent répondre à l'ensemble des critères suivants :

-- état général conservé [score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ≤ 2] ;

-- absence d'envahissement tumoral hépatique important (< 25 %) ;

-- absence de localisation extra-hépatique ;

-- réfractaires ou intolérants à l'ensemble des thérapeutiques IV et orales reconnues (la progression sous chimiothérapie devant être documentée).

- Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires, de stade BCLC B/C, sans occlusion complète du tronc porte, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib.Dans ces deux indications, SIR-SPHERES offre un service attendu suffisant et une amélioration mineure du service attendu (ASA IV) par rapport au traitement symptomatique adapté (best supportive care) (3).
Conditions de remboursement :
- la planification du traitement par SIR-SPHERES doit être réservée aux équipes multidisciplinaires comprenant : un médecin nucléaire, un radiologue interventionnel ayant l'expertise de l'embolisation hépatique en cancérologie, un radiophysicien et un radiopharmacien. Cette activité doit être réalisée dans des centres disposant de l'infrastructure suffisante pour être autorisés par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) à réaliser des activités de radiothérapie interne ;
- la décision de mise en œuvre du traitement et du suivi post-thérapeutique devra être prise, en accord avec le patient, en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée dans le carcinome hépato-cellulaire comprenant au minimum : un oncologue, un hépatologue, un radiothérapeute, un chirurgien digestif, un radiologue interventionnel, un médecin nucléaire et un médecin de soins palliatifs. Le patient doit avoir pu bénéficier de l'accompagnement d'une équipe de soins palliatifs ;
- les centres doivent contribuer au recueil de données obligatoires dans le cadre du registre mis en place à cet effet.
II. - Place dans la stratégie thérapeutique- Traitement des métastases hépatiques du cancer colorectal en échappement thérapeutique.
La greffe hépatique ne pouvant être envisagée, le traitement de référence est la résection chirurgicale. Cette dernière est indiquée seulement si une exérèse complète est possible (en 1 ou 2 temps). Le nombre de métastases ne constitue pas un facteur limitant. Les techniques d'hépatectomie dépendent de la taille, du nombre et de la topographie des métastases. Des traitements complémentaires à la résection peuvent être envisagés.
Lorsque la résection n'est pas possible, la mise en œuvre d'une chimiothérapie palliative constitue la stratégie de référence. Elle est recommandée dans les conditions suivantes
- sans attendre qu'apparaissent des symptômes ;
- à des doses adaptées à la tolérance ;
- preuve anatomopathologique formelle de cancer au moins sur la tumeur primitive ;
- patient alité moins de 50 % de la période diurne (état général OMS 0, 1 ou 2) ;
- patient informé du traitement avec bénéfices, contraintes et effets secondaires potentiels ;
- métastases non résécables ;
- pas de défaillance viscérale grave.
L'utilisation simultanée ou alternée de toutes les molécules de chimiothérapie efficaces et des biothérapies doit être envisagée.
L'efficacité doit être évaluée après 2 à 3 mois de traitement. En cas de réponse, la chirurgie doit être rediscutée. Si les métastases restent non résécables, la poursuite de la chimiothérapie ou une pause thérapeutique doit être discutée avec le patient. Enfin, en cas de progression de la maladie, l'arrêt ou le changement du protocole de chimiothérapie sont les deux seules options restantes.
SIR-SPHERES a un intérêt dans la prise en charge des métastases hépatiques du cancer colorectal chez les patients ayant un état général conservé [score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ≤ 2], l'absence d'envahissement tumoral hépatique important (< 25 %), l'absence de localisation extra-hépatique et réfractaires ou intolérants à l'ensemble des thérapeutiques IV et orales reconnues.
- Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires.
Le carcinome hépatocellulaire se développe habituellement sur une cirrhose, plus rarement sur une hépatopathie chronique non cirrhotique, exceptionnellement sur un foie sain. Le choix des traitements dépend du statut du carcinome hépatocellulaire :
- les traitements curatifs sont représentés par la transplantation, la résection et la destruction percutanée ;
- les traitements palliatifs (la chimioembolisaton artérielle et les traitements médicamenteux) sont utilisés chez les patients non opérables et ne pouvant pas recevoir un traitement percutané. L'indication consensuelle pour la chimioembolisaton artérielle (TACE) est traitement palliatif de première ligne des CHC évolués (en pratique, surtout multinodulaire), en l'absence de métastase et d'anomalie significative du flux portal, chez les malades Child-Pugh A, (les thromboses portales non tronculaires ne sont pas une contre-indication) ou B7, asymptomatiques et en bon état général (stade OMS 0) .
En cas d'atteinte extra-hépatique (stade BCLC C) chez les patients avec un état général préservé (ECOG 0-1) et une bonne fonction hépatique (Child-Pugh A), un traitement par NEXAVAR (sorafenib) est préconisé. L'extension d'indication de STIVARGA (regorafenib), reconnue par la Commission de la Transparence en 2017, permet de proposer cette alternative aux patients en progression pendant ou après un traitement systématique par sorafenib et l'ayant bien toléré. La mise en œuvre d'un traitement de 2e ligne par regorafenib implique une décision lors d'une RCP spécialisée et une surveillance étroite en raison du profil de tolérance de cette spécialité.
Aucun traitement n'est disponible chez les patients non éligibles au sorafenib (stade BCLC B notamment) ou n'ayant pas toléré ce traitement. Pour ces patients, ainsi que pour ceux dont la maladie est à un stade très avancé (BCLC D), dont l'état général est détérioré ou une fonction hépatique très altérée, les soins de support doivent être envisagés.
THERASPHERE (4) peut être proposé dans le traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires de stade BCLC B/C après échec ou en cas de non éligibilité au sorafénib, chez les patients avec thrombose portale, ayant un état général conservé (score ECOG O-1) et une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B). Dans ces indications, SIR-SPHERES est une alternative à THERASPHERE.
Apport du produit :
Dans la prise en charge des métastases hépatiques du cancer colorectal, la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) considère qu'en l'absence de toute alternative thérapeutique, SIR-SPHERES a un intérêt chez les patients ayant un état général conservé [score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ≤ 2], l'absence d'envahissement tumoral hépatique important (< 25 %), l'absence de localisation extra-hépatique et réfractaires ou intolérants à

l'ensemble des thérapeutiques IV et orales reconnues.
Dans les carcinomes hépatocellulaires de stade BCLC B/C sans occlusion complète du tronc porte, chez des patients ayant un état général conservé (score ECOG O-1), une fonction hépatique préservée (Child-Pugh A ou B) et non éligibles ou en échec au sorafénib, les alternatives thérapeutiques disponibles sont limitées. Dans ces situations et compte tenu des données disponibles en faveur de SIR-SPHERES notamment au regard de la tolérance, la Commission a trouvé un intérêt thérapeutique à SIR-SPHERES.
III. - Utilisation pratique
L'utilisation de SIR-SPHERES doit être réalisée en conformité avec le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer (5).
IV. - Spécifications économiques et médico-sociales
SIR-SPHERES (SIRTEX Medical) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR.
Tarif de remboursement : 11 710,50 Euros.
La prescription doit être effectuée sur une ordonnance de produit de santé d'exception. Elle doit être conforme à l'indication mentionnée dans la présente fiche.
Adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à :
Haute Autorité de santé - DEMESP - Service de l'évaluation des dispositifs, 5, avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.
(1) Avis de la CNEDiMTS du 24 mars 2015.
(2) Avis de la CNEDiMTS du 6 novembre 2018.
(3) L'ASA est cotée de I, amélioration majeure, à V, absence d'amélioration.
(4) Avis de la Commission du 20/02/2018 relatif à TERASPHERE
(5) Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. JO du 22 mars 2007.

Titre IV. - Véhicules pour handicapés physiques

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.

Chapitre I. - Fauteuils roulants

A - Fauteuils roulants à propulsion manuelle

I - Fauteuils roulants non pliants et pliants à propulsion manuelle

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 le ministère chargé de la santé, 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,
- 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 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 ;
- 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.

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.

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

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

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) .

II - Fauteuils roulants pour activités sportives

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 le ministère chargé de la santé, 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 garanties, 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.

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.

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.

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 :

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. Le fauteuil est testé dans sa configuration normale d'utilisation ;

4. Si des réglages sont prévus, ils sont faits de façon à assurer une utilisation courante ;

5. 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.

II 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.

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).

B - Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

1. Généralités

Les modèles de fauteuils sont conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH et le ministère chargé de la santé, 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.

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.

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 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 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.

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.

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.

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.

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.

1.7. Stabilité

La stabilité statique et dynamique est contrôlée conformément à la norme EN NF 1284.

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.

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.

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 ;

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

C - Fauteuils roulants verticalisateur

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 le ministère chargé de la santé, 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 ;
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 :
- une ou plusieurs roues motrices ;
- 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.

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 2.4.

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 2.4.

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° $\pm$ 2°).

Leur résistance est conforme aux tests définis en 2.5.

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 2.6.

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 2.6.

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.

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.

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 2.7.

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 mm^2. 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.

1.10. 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 2.8.

1.11. Protection anticorrosion des surfaces

Les fauteuils sont protégés contre la corrosion.

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.

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).

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.

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.

2. Essais de résistance

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.

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.

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.

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.

2.5. Test des roues directrices

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.

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.

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

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°.

D - 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.

À compter du 16-01-2002, tout dispositif de propulsion par moteur électrique devra être compatible avec au moins deux fauteuils roulants manuels fabriqués par deux sociétés différentes.

Chapitre II. - Véhicules divers

A - Poussettes, fauteuils roulants à pousser et châssis roulants destinés au transport passif des personnes handicapées

1. Généralités

Le présent cahier des charges s'applique aux véhicules destinés, au transport passif des handicapés : poussettes, fauteuils roulants à pousser, châssis roulants. 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 L. 5211-1 du code de la santé publique
Ces véhicules sont constitués par :

-un châssis ;
-des roues d'un diamètre compris entre 100 et 500 mm.

Les poussettes peuvent recevoir les variantes optionnelles prévues à la nomenclature, compatibles au modèle et adaptées au handicap de l'utilisateur.
Quels que soient le ou les matériaux utilisés, la stabilité et la résistance mécanique des véhicules sont testées conformément aux dispositions du point 2.2. 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 le ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge au titre du présent chapitre, les véhicules comprenant une même structure rigide :
-dont le siège, le dossier, les accoudoirs ou maintiens latéraux sont non démontables en 4 parties (notamment avec fixations non réutilisables) ;
-ou dont le revêtement capitonné n'est pas propre à chacune des parties : siège, dossier, accoudoirs ou maintiens latéraux.

La prise en charge du code 4263950 « VHP, POUSSETTE OU FAUTEUIL, > OU = 16 ANS, DOSSIER OU DOSSIER ET SIEGE INCLINABLES » ne peut se cumuler avec le code 1211489 d'un appareil de soutien partiel de la tête. »

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

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).

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).

B - Tricycle à propulsion manuelle ou podale

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 L. 5211-1 du Code de la santé publique.

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 le ministère chargé de la santé, 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.

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).

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.

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.

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.

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.

2. Exigences de conception

2.1. Tricycles à propulsion manuelle ou podale

Les tricycles sont constitués par l'ensemble des éléments suivants :
- 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.

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.

3.1. Tricycle à propulsion manuelle ou podale

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

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. 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. 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.

Figure 3 : Force appliquée sur la pédale

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

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

4.3. 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

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

4.4. 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

4.5. 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.

Nomenclature et tarifs

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;

- à l'existence, pour les véhicules pour handicapés physiques fabriqués en dehors de l'Union européenne, d'un distributeur implanté dans l'Union européenne capable d'assurer un service après-vente effectif sur le territoire français.

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 R 165-23 du code de la sécurité sociale

L'assuré et ses ayants droit, bénéficiaires de l'assurance maladie sont dispensés pour la prise en charge des véhicules pour handicapés physiques de la participation prévue à l'article L. 322-2 du Code la Sécurité sociale (arrêté du 16-12-1954, J.O. du 25-12-1954).

Chapitre I. - Fauteuils roulants

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.

Sous-section 1 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle non pliants

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4101353 401A01.1	VHP, propulsion manuelle, non pliant, non réversible, à dossier non inclinable.	**394,60**	**31/07/2018**
4164566 401A01.2	VHP, propulsion manuelle, non pliant, réversible, à dossier non inclinable.	**426,69**	**31/07/2018**
4184899 401A01.3	VHP, propulsion manuelle, non pliant, non réversible, à dossier inclinable.	**439,48**	**31/07/2018**
4169670 401A01.4	VHP, propulsion manuelle, non pliant, réversible, à dossier inclinable.	**468,83**	**31/07/2018**

Sous-section 2 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4107723 401A02.1	VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier non inclinable	**558,99**	**31/07/2018**
4118193 401A02.2	VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable	**603,65**	**31/07/2018**
4122473 401A02.2	VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier non inclinable à articulation médiane	**603,65**	**31/07/2018**
	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.		

Sous-section 3 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle évolutifs pour jeunes enfants à partir de 18 mois

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 401A03	VHP, propulsion manuelle, évolutif, pour jeunes enfants à partir de 18 mois.	**962,20**	**31/07/2018**

Sous-section 4 : Fauteuils roulants à propulsion manuelle pour activités physiques et sportives

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4179540 401A04	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.)	**558,99**	**31/07/2018**

Section 2. - Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4111854 401B01	VHP, propulsion électrique, à dossier non inclinable.	**2702,81**	**31/07/2018**
4147668 401B02	VHP, propulsion électrique, à dossier inclinable.	**2781,76**	**31/07/2018**
4130136 401B03	VHP, propulsion électrique, assise adaptée, dossier réglables, 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.	**3487,95**	**31/07/2018**
4122757 401B04	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.	**3938,01**	**31/07/2018**

Société LAZELEC

Indications :
Personnes ayant une perte ou une limitation sévère et durable de l'activité de marche (de cause neurologique, rhumatologique, orthopédique, cardio-respiratoire ou métabolique), dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale.
Le projet de vie à l'extérieur de ces personnes doit nécessiter une autonomie de déplacement sur terrains irréguliers incluant le franchissement d'obstacle. L'objectif 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.

Contre-indications :
Personnes pesant plus de 130 kg; Personnes ayant des troubles des fonctions des membres supérieurs, visuelles et cognitives.

Conditions de prescription et d'utilisation :
Capacité de la personne utilisant MOBILE DREAM.
La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maîtrise de MOBILE DREAM, c'est- à-dire:
- avoir un équilibre suffisant pour maintenir la position assise;
- pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité;
- avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire l'appareil;
- avoir les capacités, notamment visuelles, nécessaires à l'utilisation du MOBILE DREAM en sécurité. Les conditions environnementales de la personne doivent être compatibles avec l'utilisation de MOBILE DREAM.

Par ailleurs, la personne doit disposer sur son lieu de vie d'une possibilité de stockage et de recharge de MOBILE DREAM. Ce point doit être pris en compte lors de l'évaluation des besoins et de la préconisation.
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 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 de longs trajets en milieu rural ou terrains irréguliers;
- précise que les capacités de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Formation essai :

MOBILE DREAM 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 de MOBILE DREAM pour répondre au projet de vie de la personne. La formation au véhicule sera prévue dans le cadre de l'essai et réalisé par le prestataire préalablement formé par le fabricant.
MOBILE DREAM est réservé à des utilisateurs compétents. Le port d'un casque est recommandé.

Renouvellement :

Le renouvellement s'effectuera dans les mêmes conditions de prescription que la première prise en charge. Le renouvellement ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de cinq ans. Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale.

Cumul :

La prise en charge peut être cumulée avec celle d'un autre véhicule pour personne handicapée d'usage intérieur ou mixte.

Garantie :

La garantie est de deux ans et nécessite une révision annuelle (maintenance préventive) incluse dans la prise en charge.

Maintenance curative :

Les réparations du MOBILE DREAM relèvent des forfaits prévus par les codes 4389845, 4348622 et 4307994 (chapitre 3, section 2, sous-section 2) pour les véhicules électriques.
La vitesse du MOBILE DREAM est bridée à 10 km/h.

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
4174323	VPH, électrique, LAZELEC, MOBILE DREAM, modèle MD S. MOBILE DREAM est un véhicule électrique pour personne handicapée sans tablettes de transfert avec quatre roues motrices et une commande directionnelle manuelle. MOBILE DREAM est composé de : un châssis aluminium, quatre roues motrices 20 pouces, un chargeur intégré, quatre batteries Li-Po 17amp 36Vcc, quatre freins à disque hydraulique, deux suspensions avant hydrauliques, deux suspensions arrière hydrauliques, un rétroviseur gauche, un compteur de vitesse et kilométrique, un klaxon, quatre garde-boues (deux à l'avant et deux à l'arrière), un frein de parking, un coussin assise mousse haute densité, un coussin dossier mousse haute densité, un coussin latéral blocage bassin, une ceinture de sécurité 3 points ou un harnais, un coffre arrière rando ou un coffre guêpe ou un porte-bagages arrière, un repose-pieds réglable, un pack route feux et clignotants avant et arrière et deux feux stop, un klaxon électrique.	**3938,01**	**15830,00**	**31-03-2020**
4159619	VPH, électrique, LAZELEC, MOBILE DREAM, modèle MD TT. MOBILE DREAM est un véhicule électrique pour personne handicapée avec tablettes de transfert avec quatre roues motrices et une commande directionnelle manuelle. MOBILE DREAM est composé de : un châssis aluminium, quatre roues motrices 20 pouces, un chargeur intégré, quatre batteries Li-Po 17amp 36Vcc, quatre freins à disque hydraulique, deux suspensions avant hydrauliques, deux suspensions arrière hydrauliques, un rétroviseur gauche, un compteur de vitesse et kilométrique, un klaxon, quatre garde-boues (deux à l'avant et deux à l'arrière), un frein de parking, un coussin assise mousse haute densité, un coussin dossier mousse haute densité, un coussin latéral blocage bassin, une ceinture de sécurité 3 points ou un harnais, un coffre arrière rando ou un coffre guêpe ou un porte-bagages arrière, un repose-pieds réglable, deux tablettes de transfert, un pack route feux et clignotants avant et arrière et deux feux stop, un klaxon électrique.	**3938,01**	**16730,00**	**31-03-2020**

Section 3. - Fauteuils roulants verticalisateurs

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
	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 401C01	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.	**1559,84**	**31/07/2018**
4142530 401C02	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.	**2344,19**	**31/07/2018**
4183434 401C03	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.	**2425,05**	**31/07/2018**
4168966 401C04	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.	**5187,48**	**31/07/2018**

Section 4. - Fauteuil roulant électrique monte-marches

Société LOGOSILVER

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 de 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).

Le fauteuil TOPCHAIR-S est garanti pendant une durée de 2 ans à partir de la date de livraison, à l'exception des batteries et des roues qui sont garanties pour une durée de 1 an. La garantie couvre tout vice de construction ou de qualité de la matière première et des composants, dans des conditions normales d'utilisation.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4113920	Fauteuil roulant électrique monte-marches, LOGOSILVER, TOPCHAIR-S	**5187,44**	**31-01-2024**

Chapitre II. - Véhicules divers

Section 1. - Poussette et fauteuil roulant à pousser

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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4252810 402A01	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.	**356,94**	**31/07/2018**
4255116 402A02	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.	**574,21**	**31/07/2018**
4263950 402A03	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.	**403,50**	**31/07/2018**
4261051 402A04	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	**962,20**	**31/07/2018**

	livraison.		
4233570 402C	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.	**263,83**	31/07/2018

Section 2. - Tricycles à propulsion manuelle ou podale

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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4278212 402D01	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.	**497,86**	**31/07/2018**
4222803 402D02	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.	**631,17**	**31/07/2018**

Section 3. – Scooter électrique modulaire

SPECIFICATIONS 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 (composée 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 électronique de la vitesse et contrôle manuellement 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 boîtier 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.

1Classe d'usage :

L'environnement d'utilisation du scooter peut être :

- adapté à un usage mixte intérieur/extérieur (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 manœuvrables, n'étant pas nécessairement capables de franchir des obstacles extérieurs ;
- Classe B : fauteuils roulants suffisamment compacts et manœuvrables pour certains environnements domestiques et capables de franchir certains obstacles extérieurs ;
- Classe C : fauteuils roulants 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, manœuvrables et démontables, pour des environnements domestiques et capables de franchir certains obstacles extérieurs » ;
La classe B comprend des « scooters suffisamment compacts et manœuvrables 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 retenues comme des exigences pour l'inscription d'un scooter dans 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 caractéristique de conduite est accompagnée d'un essai 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 : 13,5 N
- actionnement par combinaison main/bras : 60N
- actionnement par pression du pied : 100N
- actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essais 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 : 13,5 N
- actionnement par combinaison main/bras : 60N
- actionnement par pression du pied : 100N
- actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essais 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 : 13,5 N
- actionnement par combinaison main/bras : 60N
- actionnement par pression du pied : 100N

- actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essais 8.4.2.3 et 8.4.2.6) : 15° 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 scooters (A+, B et C) en vue de leur prise en charge.
Les exigences concernant les « caractéristiques et exigences de conduite » sont issues du chapitre 12, tableau 2, des « Exigences et essais relatifs aux caractéristiques de conduite pour 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) / À 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 dimensions et la zone de manœuvre des scooters, issues de l'annexe B recommandations tableau B.1 « Dimensions 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+ (dimensions 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 (dimensions 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 (dimensions 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 sont indiqués chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche (de cause neurologique, 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 :

- être 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 aide technique à la posture,
- pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité,
- avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire l'appareil,
- avoir les capacités cognitives et perceptives 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 risques cardio-vasculaires.

La prise en charge est soumise à une demande d'entente 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 charge 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 renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale.

5. Modalité de délivrance

Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignée au distributeur, il ne peut y avoir de prise en charge de scooters électriques modulaires achetés sur des sites commerciaux de vente de biens ou de services sur internet.

6. Code de la route

Dans le cas où l'utilisateur utilise son scooter électrique modulaire sur route, il doit respecter l'ensemble des articles du code de la route (utilisation, assurance, vitesse, entretien,…). Le distributeur doit systématiquement remettre au patient une fiche rappelant les règles d'utilisation, d'assurance, de vitesse et d'entretien en vigueur qui s'appliquent au véhicule en question. Cette fiche doit être cosignée et conservée par le distributeur et le patient.

Sous-section 1 : Scooter électrique modulaire de classe B

Société VERMEIREN FRANCE S.A. (VERMEIREN)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
4252158	**Scooter électrique modulaire, VERMEIREN, ERIS.** **DESCRIPTION** ERIS est un scooter électrique modulaire à 4 roues, de catégorie B. ERIS fait 118,5 cm de longueur et 57cm de largeur. Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables (50 Ah). Il peut se déplacer à une vitesse maximale de 10 km/h. Sur le plancher est fixée l'assise composée d'un siège pivotant réglable en hauteur et profondeur et pliable, d'un dossier et de 2 accoudoirs escamotables. Il est muni d'une colonne de direction réglable en inclinaison verticale avec poignées d'activation. Les fonctionnalités du scooter ERIS sont les suivantes : - Assise Le siège est pliant et pivotant dans les deux sens avec un cran de blocage tous les 20°. Il est réglable en hauteur et en profondeur. Les deux accoudoirs sont escamotables et réglables en largeur. La colonne de direction est réglable en inclinaison verticale. - Commandes / interface de conduite L'interface de conduite comprend les fonctionnalités suivantes : - 2 poignées d'activation (une de chaque côté de la colonne de direction) - Clignotants (droite, gauche) - Feux de position - Un avertisseur sonore - Warning (lumières latérales clignotantes) - Réglage de la vitesse - Voyant de batterie (plus alerte sonore de batterie faible) - Levier de débrayage (permet de déplacer le scooter s'il est éteint) - Deux rétroviseurs latéraux - Sécurité Les dispositifs de sécurité sont les suivants : - Un système anti-bascule arrière - Des dispositifs latéraux réfléchissants : un en arrière de l'assise et l'autre en avant de la roue arrière, et cela bilatéralement - Freins lumineux automatiques - Accessoires : - Panier/coffre avant - Pochette à l'arrière du siège 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	**1200,00**	**1890,00**	**31-03-2024**

	situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 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 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. ERIS 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 ERIS pour répondre au projet de vie de la personne. Il est recommandé d'utiliser le scooter de classe B uniquement sur le trottoir. GARANTIE Le scooter ERIS est garanti pour une durée de 2 ans. REFERENCES PRISES EN CHARGE - 5138096 (rouge) - 5138097 (gris)			

Société INVACARE POIRIER S.A.S (INVACARE)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 fixé 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 67 cm 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	**1200,00**	**2100,00**	**30-10-2022**

	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** - Référence 1579613 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris gris lunaire - Référence 1579607 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris bleu onyx - Référence 1579428 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris rouge rubis			
	INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 **DESCRIPTION** INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues est un scooter électrique modulaire à 4 roues, avec un plancher sur lequel est fixé 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 (3 angles possibles : -15°, 5° et +10°), avec un guidon. INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues mesure 101 cm de longueur et 50 cm de largeur. Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables. Sa vitesse de déplacement maximale est de 8 km/h. Ce scooter n'est pas prévu pour une utilisation sur la chaussée. Il est disponible en 2 versions stocks et 1 version configurable. **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 par l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) 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** Conditions de prescription : La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maitrise du scooter, c'est-à-dire : - être 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 aide technique à la posture, - pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité, - avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire l'appareil, - avoir les capacités cognitives et perceptives nécessaires à l'utilisation du scooter en sécurité.			

	Les conditions environnementales de la personne doivent être compatibles avec l'utilisation du scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues. 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 risques cardio-vasculaires. La vitesse maximale du scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues 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. 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 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. INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues 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 INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues pour répondre au projet de vie de la personne. 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) tels que définis dans l'avis du 13 septembre 2011 relatif aux véhicules pour personnes handicapées ; et vice versa. La prise en charge du scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues 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. Renouvellement 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 renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. GARANTIE Le scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 ROUES est garanti pour une durée de 2 ans, à			

	l'exception des batteries qui sont garanties 1 an.			
4280002	Scooter électrique modul, 4 roues, INVACARE, INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4, serie. Scooter électrique modulaire à 4 roues de série de la société INVACARE, INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4. REFERENCES PRISES EN CHARGE : INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues - 8 km/h - Coloris bleu électrique réf 1579004 INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues - 8 km/h - Coloris vert python réf 1579007	**1200,00**	**1750,00**	**31-08-2024**
4244265	Scooter électrique modul, 4 roues, INVACARE, INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4, config Scooter électrique modulaire à 4 roues configurable de la société INVACARE, INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 Les éléments configurables sont le coloris du kit de carénage (bleu électrique, vert python, blanc givré, rouge passion et gris argenté), la suspension d'assise (3 hauteurs possibles). REFERENCE PRISE EN CHARGE : INVACARE COLIBRI OUTDOOR 4 roues ref AFC0000	**1200,00**	**1750,00**	**31-08-2024**

Société MEDTRADE

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
4209524	Scooter électrique modulaire, MEDTRADE, MINIMX4 PLUS. DESCRIPTION MINIMX4 PLUS est un scooter électrique modulaire à 4 roues, de catégorie B. Il fait 103 cm de longueur et 51 cm de largeur maximale (roues arrière). Son moteur est alimenté par deux batteries rechargeables (22 Ah chacune). Il peut se déplacer à une vitesse maximale de 6,5 km/h et dispose d'une autonomie minimale cumulée de 25 km. Les fonctionnalités du scooter MINIMX4 PLUS sont les suivantes: - Assise Sur le plancher est fixé un siège pivotant dans les 2 sens à 360° (cran de blocage tous les 45°), réglable en hauteur, équipé d'un dossier pliable et de 2 accoudoirs relevables, réglables en largeur et en inclinaison. Il est muni d'une colonne de direction, réglable en inclinaison. - Commandes / interface de conduite L'interface de conduite comprend les fonctionnalités suivantes: – une manette de marche avant/arrière, reliée à un potentiomètre; – tableau de bord muni des éléments suivants: – 1 potentiomètre de vitesse (lièvre – tortue), – 1 jauge batteries (niveau de charge résiduelle), – 2 boutons poussoir (avertisseur sonore et commande d'éclairage), – 1 contacteur (clef de contact); – un levier de débrayage (permet de déplacer le scooter s'il est éteint). - Sécurité Les dispositifs de sécurité sont les suivants: – un système anti-bascule arrière; – un éclairage LED avant – des rétroviseurs, en option – 2 réflecteurs orange latéraux de chaque côté et 2 catadioptres rouges à l'arrière. - Accessoires: Panier/coffre avant INDICATIONS: 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.	**1200,00**	**1200,00**	**31-03-2026**

	MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maitrise du scooter, c'est-à-dire: – être 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 aide technique à la posture, – pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité, – avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire l'appareil, – avoir les capacités cognitives et perceptives nécessaires à l'utilisation du scooter en sécurité. Les conditions environnementales de la personne doivent être compatibles avec l'utilisation du scooter MINIMX4 PLUS. 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 risques cardio-vasculaires. La vitesse maximale du scooter MINIMX4 PLUS 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. Il est recommandé, pour les scooters modulaires, le même parcours d'acquisition que celui défini pour les fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique (FRE) dans son avis du 13 septembre 2011 relatif aux véhicules pour personnes handicapées. 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 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. MINIMX4 PLUS 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 MINIMX4 PLUS pour répondre au projet de vie de la personne. 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) tels que définis dans l'avis du 13 septembre 2011 relatif aux véhicules pour personnes handicapées; et vice versa. La prise en charge du scooter MINIMX4 PLUS 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. Renouvellement Il est recommandé que la prise en charge soit 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 renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. GARANTIE Le scooter MINIMX4 PLUS est garanti pour une durée de 2 ans. REFERENCE PRISE EN CHARGE: MINIMX4 PLUS: 2000			

Sous-section 2 : Scooter électrique modulaire de classe C

Société INVACARE POIRIER S.A.S (INVACARE)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 fixé 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 par l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF) 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 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 ORION PRO à 10 km/h. 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	**1400,00**	**3200,00**	**31-03-2023**

	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. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Référence 1639518 coloris gris 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 par l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF) 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 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.	**2000,00**	**3800,00**	**31-07-2023**

	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			

Sous-section 3 : Scooter électrique modulaire de classe A+

Société INVACARE POIRIER (INVACARE)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 61cm 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. 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 par l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) 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	**900,00**	**1300,00**	**15-08-2023**

	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			

Chapitre III. - Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants

Section 1. - Adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants

Sous-section 1 : Adjonctions et/ou options communes aux fauteuils roulants à propulsion manuelle

VHP, propulsion manuelle

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4325302 401D01.1	VHP, propulsion manuelle, appui-tête.	**63,41**	**31-07-2018**
4371408 401D01.2	VHP, propulsion manuelle, repose-jambe droit ou gauche, repose-pied non articulé.	**77,88**	**31-07-2018**
4342654 401D01.3	VHP, propulsion manuelle, repose-jambe droit ou gauche, repose-pieds articulé.	**105,76**	**31-07-2018**
4327382 401D01.4	VHP, propulsion manuelle, gouttière droite ou gauche.	**119,39**	**31-07-2018**
4329040 401D01.5	VHP, propulsion manuelle, tablette complète avec son montage.	**76,84**	**31-07-2018**
4324739 401D01.6	VHP, propulsion manuelle, garde-robe complète. Garde-robe complète avec bassin, coussin fendu et tampon garni rétablissant la continuité du coussin.	**103,49**	**31-07-2018**

VHP, propulsion manuelle, dispositif de propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	Date de fin de prise en charge
4300348 401D01.7	VHP, propulsion manuelle, dispositif de propulsion par moteur électrique. Dispositif de propulsion par moteur électrique pour fauteuils roulants à propulsion manuelle, verticalisateurs ou non.	**2187,03**	**31/07/2018**
	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.		

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	TARIFS (en euros)		Date de fin de prise en charge
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.	**2187,03**		**01-12-2022**

	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.			
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	**2187,03**		**01-12-2022**
4353586	VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER SMOOV ONE O10. DESCRIPTION ALBER SMOOV ONE est un dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel. Il est composé d'une roue motrice rotative à fixation rapide sur le cadre du fauteuil roulant à propulsion manuelle (FRM). INDICATION PRISE EN CHARGE Personnes utilisatrices de fauteuil roulant manuel dont les capacités cognitives permettent d'assurer la maîtrise du système de propulsion assistée et qui, bien que capables de se propulser elles-mêmes, 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 insuffisance respiratoire et/ou une atteinte ostéo-articulaire, neurologique ou musculaire des membres supérieurs. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge doit être 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 de l'adéquation du système ALBER SMOOV ONE au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise. Un forfait annuel de réparation est pris en charge. Concernant le montage du dispositif, INVACARE précise qu'il est réalisé soit par INVACARE, soit par le prestataire de service à domicile dans le respect de la notice de montage fournie. Le fabricant doit prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 1592897 (6 km/h); 1592898 (10 km/h)	**2187,03**	**-**	**01-08-2025**

Code	Référence	TARIFS (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
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. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : La prise en charge d'un dispositif d'assistance électrique à la propulsion à commande uniquement pour	**2187,03**		**15-05-2022**

	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			
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 : 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 ;	**2000,00**	**2187,03**	**15-05-2022**

	- 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. Kit de propulsion par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, ALBER VIAPLUS V12 de la société Invacare Poirier SAS. 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 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	**2000,00**	**2187,03**	**15-05-2022**

	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 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.			

Société PERMOBIL FRANCE (PERMOBIL)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4371791	VHP, assistance électrique à la propulsion, PERMOBIL, SMARTDRIVE MX2+ Dispositif de propulsion électrique et d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel SMARTDRIVE MX2+ de la société PERMOBIL France. DESCRIPTIF SMARTDRIVE MX2+ est un dispositif de propulsion électrique ou d'assistance électrique à la propulsion (selon le mode de commande choisi) pour fauteuil roulant composé d'une roue motorisée à fixation rapide sur le cadre du fauteuil roulant à propulsion manuelle. Il permet de se déplacer à une vitesse maximale de 9 km/h. L'autonomie est de 19,8 km. La pente maximale pouvant être franchie par le SMARTDRIVE MX2+ est de 10%. La hauteur de franchissement d'obstacle est de 5 cm. Ce dispositif comprend : - 1 bloc motorisé constitué d'une roue omnidirectionnelle à motorisation électrique, une batterie lithium ion (lithium fer phosphate) et carte électronique permettant la gestion de la commande de la motorisation et de l'énergie. - 1 bracelet constitué d'un accéléromètre et une liaison Bluetooth permettant la commande de la motorisation de la roue. - 1 kit de fixation constitué d'une bague à diamètre réglable permettant le montage et démontage rapide du bloc motorisé et d'une barre de fixation de la bague dans le cas où le cadre du fauteuil roulant à propulsion manuelle est dépourvu d'une barre transversale entre les deux axes des roues arrière. - 1 chargeur de batterie. - 1 manuel d'utilisation. - 1 commande tierce personne. - 1 sac de transport. INDICATIONS PRISES EN CHARGE : Patients dont les capacités cognitives permettent d'assurer la maîtrise du système de propulsion assistée et qui, bien que capables de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant manuel, ont besoin pour des raisons	**2187,03**	**15-05-2024**

	médicales, d'assistance électrique à la propulsion ou d'une propulsion électrique de façon intermittente ou définitive. L'incapacité à l'effort peut être due à une insuffisance coronarienne et/ou une insuffisance respiratoire et/ou une atteinte ostéo-articulaire, neurologique ou musculaire des membres supérieurs. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - 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 prise en charge doit être 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 de l'adéquation du système SMARTDRIVE MX2+ au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise. Le poids maximum autorisé de l'utilisateur est de 150 kg. GARANTIE Le dispositif est garanti 2 ans. Le fabricant doit prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - MX2-180 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis rigide avec diamètre essieu de 25-36 mm et roues arrière 22" ou 24" - MX2-181 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis rigide avec diamètre essieu de 25-36 mm et roues arrière 25" - MX2-182 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis rigide avec diamètre essieu de 25-36 mm et roues arrière 26" - MX2-189 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis rigide avec diamètre essieu > 38mm et roues arrière de 22" à 26" - MX2-183 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis pliant avec roues de 22" ou 24" - MX2-191 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis pliant avec roues de 25" - MX2-192 SMARTDRIVE MX2+ : Kit de fixation pour châssis pliant avec roues de 26" - MX2-934 : Sac de transport - MX2-TBS : Commande tierce personne		

Société BENOIT SYSTEMES (BENOIT)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4309415	VHP, assistance électrique à la propulsion, BENOIT, POUSSEUR2 PREMIUM Kit de propulsion par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, POUSSEUR2 PREMIUM de la société BENOIT SYSTEMES. DESCRIPTION POUSSEUR2 PREMIUM est un dispositif d'aide à la poussée et au freinage amovible et uniquement destiné à être manipulé par l'accompagnant.	**2187,03**	**01-10-2024**

	Le dispositif se monte et se démonte par encliquetage sur le fauteuil grâce à un verrouillage par levier. INDICATION 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 POUSSEUR2 PREMIUM 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 POUSSEUR2 PREMIUM est nécessaire GARANTIE : Le dispositif est garanti 2 ans. BENOIT SYSTEMES devra prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 886-000		

Société SUNRISE MEDICAL (SUNRISE)

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4351162	VHP, assistance électrique à la propulsion, SUNRISE, WHEELDRIVE. **DESCRIPTION** WHEELDRIVE est un dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel. Il est composé d'une roue motrice rotative à fixation rapide sur le cadre du fauteuil roulant à propulsion manuelle (FRM).	**2187,03**	**15-11-25**

	INDICATION PRISE EN CHARGE Personnes utilisatrices de fauteuil roulant manuel dont les capacités cognitives permettent d'assurer la maîtrise du système de propulsion assistée et qui, bien que capables de se propulser elles-mêmes, 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 insuffisance respiratoire et/ou une atteinte ostéo-articulaire, neurologique ou musculaire des membres supérieurs. **MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Le fabricant doit prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. La prise en charge doit être 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 de l'adéquation du dispositif WHEELDRIVE au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise. Un forfait annuel de réparation est pris en charge. Concernant le montage du dispositif, Sunrise Medical précise qu'il est réalisé exclusivement par Sunrise Medical. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** 1019498: WHEELDRIVE - pneu Marathon Plus Evolution 24", côté droit 1019499: WHEELDRIVE - pneu Marathon Plus Evolution 24", côté gauche		

Sous-section 2 : Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4375613 401D02.0	VHP, propulsion manuelle, pliant, toile, montants de dossier complémentaires longs.	**62,58**	**31/07/2018**
4375116 401D02.1	VHP, propulsion **manuelle**, pliant, coussin de siège ou de dossier avec housse.	**34,90**	**31/07/2018**
	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 401D02.2	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	**271,23**	**31/07/2018**
4359293 401D02.3	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.	**428,84**	**31/07/2018**

	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.		

Sous-section 3 : Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4308597 401D03.1	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.	**35,71**	**31/07/2018**
4339681 401D03.2	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).	**714,26**	**31/07/2018**

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 € TTC	Date de fin de prise en charge
4309674 401D04.1	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.	**865,20**	**31/07/2018**

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.

Sous-section 1 : Réparations communes aux fauteuils roulants manuels

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4307824 401E01.1	VHP, propulsion manuelle, forfait annuel pour les roues. Quel que soit le nombre de roues, à concurrence de **74,82** €.	**74,82**	**31/07/2018**
4302152 401E01.2	VHP, propulsion manuelle, forfait annuel, autres réparations dont sellerie. À concurrence de **102,39** €.	**102,39**	**31/07/2018**

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 € TTC	Date de fin de prise en charge
4389845 401E01.1	VHP, propulsion électrique, forfait annuel pour les roues. Quel que soit le nombre de roues, à concurrence de **74,82** €.	**74,82**	**31/07/2018**
4348622 401E01.2	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 **102,39** €.	**102,39**	**31/07/2018**
4307994 401E02.1	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.	**333,65**	**31/07/2018**

Section 3. - Adjonctions et/ou options aux véhicules divers

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Adjonctions et/ou options applicables aux poussettes pour enfants et adolescents jusqu'à leur 16° anniversaire.		
4357319 402E01.1	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, appui-tête ou rallonge dossier.	**63,47**	**31/07/2018**
4385787 402E01.2	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, appui-tête règlable. L'appui-tête est réglable en hauteur, en profondeur, en inclinaison et latéralement.	**108,64**	**31/07/2018**
4331024 402E01.3	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, support ou cale latérale de corps. Dossier rigide.	**34,92**	**31/07/2018**
4349142 402E01.4	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, garde-robe complète avec bassin et coussin.	**103,51**	**31/07/2018**
4376386 402E01.5	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, tablette de travail facilement démontable.	**76,82**	**31/07/2018**
4360215 402E01.6	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, cale anti-adduction des cuisses.	**69,84**	**31/07/2018**
4329330 402E01.7	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.	**105,53**	**31/07/2018**

4380637 402E01.8	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, support d'appareil de ventilation assistée.	**151,31**	**31/07/2018**
4314853 402E01.9	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, dispositif d'immobilisation par frein à tambour.	**28,71**	**31/07/2018**
4370886 402E01.10	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, accoudoirs réglables verticalement, la paire.	**38,80**	**31/07/2018**
4330036 402E01.11	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.	**114,84**	**31/07/2018**
4328542 402E01.12	VHP, poussette, inférieur à 16 ans, harnais	**96,22**	**31/07/2018**
4396035 402E01.13	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.	**18,62**	**31/07/2018**

Section 4. - Réparations applicables aux véhicules divers

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.

Code	Nomenclature	TARIF en € TTC	Date de fin de prise en charge
4326431 402F01.1	VHP, poussette, forfait annuel pour les roues. Quel que soit le nombre de roues.	**74,82**	**31/07/2018**
4371704 402F01.2	VHP, poussette, forfait annuel, autres réparations dont sellerie.	**102,39**	**31/07/2018**

Titre V. – Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III

1. Champ d'application

Parmi les dispositifs médicaux définis aux articles L. 5211-1 du code de la santé publique, relèvent et peuvent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables ceux qui répondent aux deux critères suivant :
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.

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 par l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale, en application notamment de l'article R. 165-4 (2°) du même code

Nomenclature et tarifs

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

Chapitre 1er – Dispositifs médicaux utilisés en neurologie

Section 1. – Stents retrievers

Société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL (J&J)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
5171203	Stent retriever, J&J, EMBOTRAP II. INDICATION PRISE 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 EMBOTRAP 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique et notamment les conditions de réalisation et la constitution des équipes et formation des professionnels ont été décrits dans le rapport de la Haute Autorité de Santé en juillet 2018. Conformément au décret n° 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. - Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins : - un neuroradiologue interventionnel qualifié, - un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, - au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie ; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. - Plateau technique	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes : - capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, - acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, - moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, - salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, - salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. DESCRIPTION Le dispositif de revascularisation EMBOTRAP II se compose d'un ensemble tridimensionnel en nitinol type stent à l'extrémité distale d'une tige effilée en nitinol. Le dispositif est fourni préchargé dans un outil d'insertion. Le modèle 533 est également plus long et la structure interne du canal de 33 mm qu'il délimite (à la place de 21 mm) est constituée d'un motif à 3 cellules (au lieu de 4). EMBOTRAP II est une évolution d'EMBOTRAP, correspondant à l'ajout de deux marqueurs radio-opaques proximaux. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ET-007-521 ; ET-007-533			

Société STRYKER

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
5131178	Stent retriever, STRYKER, TREVO XP PROVUE. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre de la circulation antérieure, visible à l'imagerie dans un délai de 24 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'inclusion des études DEFUSE-3 ou DAWN. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 24 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'inclusion de l'étude DAWN. 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. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Conformément au décret n° 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie DESCRIPTION Les dispositifs TREVO XP PROVUE sont disponibles seuls ou en kit : - en kit 2 pièces incluant TREVO XP PROVUE et un microcathéter Trevo Pro 18 ou microcathéter	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	Trevo Pro 14 ou microcathéter Excelsior XT 27. - 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. - Stent retriever TREVO XP PROVUE seul 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. REFERENCES 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 93067 : TREVO XP PROVUE Retriever 4 x 30 mm + microcathéter TrevoPro 18 93068 : TREVO XP PROVUE Retriever 6 x 25 mm + microcathéter Excelsior XT 27 M0033PK32021002 : TREVO XP PROVUE Retriever 3 x 20 mm + microcathéter TrevoPro 14 + AXS Catalyst 6 Distal Access Catheter M0033PK42022002 : TREVO XP PROVUE Retriever 4 x 20 mm + microcathéter TrevoPro 18 + AXS Catalyst 6 Distal Access Catheter M0033PK43022002 : TREVO XP PROVUE Retriever 4 x 30 mm + microcathéter TrevoPro 18 + AXS Catalyst 6 Distal Access Catheter M0033PK62523002 : TREVO XP PROVUE Retriever 6 x 25 mm + microcathéter Excelsior XT 27 + AXS Catalyst 6 Distal Access Catheter Stent retriever TREVO XP PROVUE seul : 4x20mm (ref. 90182), 3x20mm (ref. 90183), 4x30mm (ref. 90185) et 6x25mm (ref. 90186)			
5119504	Stent retriever, STRYKER, TREVO NXT PROVUE DESCRIPTION Les stents retrievers TREVO NXT PROVUE consistent en un guide central souple conique avec une section mise en forme à son extrémité distale. Il est constitué de nitinol. Des marqueurs en platine situés à l'extrémité distale permettent la visualisation radioscopique. En outre, la section mise en forme est également radio-opaque. Le stent retriever est enduit d'un revêtement hydrophile sur les 101 cm distaux. La tige du stent retriever porte un marqueur pour indiquer la proximité de son extrémité par rapport à l'extrémité du microcathéter. L'extracteur est fourni préchargé dans une aiguille d'introduction permettant d'introduire l'extracteur dans un microcathéter. INDICATION PRISE EN CHARGE Patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre de la circulation antérieure, visible à l'imagerie dans un délai de 24 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'inclusion des études DEFUSE-3 ou DAWN. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 24 heures	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'inclusion de l'étude DAWN2. Le stent retriever TREVO NXT 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique et notamment les conditions de réalisation et la constitution des équipes et formation des professionnels ont été décrits dans le rapport de la Haute Autorité de Santé en juillet 2018. Conformément au décret no 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie: – Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins: • un neuroradiologue interventionnel qualifié, • un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, • au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. – Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes: • capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, • acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, • moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, • salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, • salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 90412; 90413; 90414; 90415			

Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
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 16 heures après le début des symptômes. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après le début des symptômes doivent répondre aux critères d'éligibilité suivants : occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1) ; score NIHSS initial ≥ 6 ; Score mRS ≤ 2 avant l'AVC, volume de nécrose < 70 ml et volume de mismatch ≥ 15 ml ; ratio du mismatch > 1,8. » MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	Conformément au décret n° 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. - Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins - un neuroradiologue interventionnel qualifié, - un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, - au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie ; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. - Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes : - capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, - acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, - moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, - salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, - salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. 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. - 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. REFERENCES 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 16 heures après le début des symptômes. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après le début des symptômes doivent répondre aux critères d'éligibilité suivants : occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1) ; score NIHSS initial ≥ 6 ; Score mRS ≤ 2 avant l'AVC, volume de nécrose < 70 ml et volume de mismatch ≥ 15 ml ; ratio du mismatch > 1,8. » MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Conformément au décret n° 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Cette activité est réservée aux centres disposant de l'autorisation pour l'activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie (article R 6122-25 du code de la santé publique). Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique ; - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins : - un neuroradiologue interventionnel qualifié ; - un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'Etat ; - au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie ; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes : - capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap ; - acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table ; - moyens de radioprotection conforme à la réglementation en vigueur ; - salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire ; - salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. 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 ».	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	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 SRD2-4-15 ; SRD2-4-20 ; SRD2-4-40 ; SRD2-6-20 ; SRD2-6-30			
5184938	Stent retriever, MEDTRONIC, SOLITAIRE X. Stent retriever SOLITAIRE X de la société MEDTRONIC France. DESCRIPTION Le système SOLITAIRE X 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 ». INDICATION PRISE 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 16 heures après le début des symptômes. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'éligibilité suivant : - occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1) ; score NIHSS initial ≥ 6 ; Score mRS ≤ 2 avant l'AVC, volume de nécrose < 70 ml et volume de mismatch ≥ 15 ml ; ratio du mismatch > 1,8, - occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1) ; mismatch radio-clinique : âge <80 ans and NIHSS score ≥10 et volume de nécrose 0-30 ml ou âge <80 ans and NIHSS score ≥ 20 et volume de nécrose 31-51 ml ou âge ≥80 ans and NIHSS score ≥10 and volume de nécrose 0-20 ml. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La dimension organisationnelle de la thrombectomie mécanique dans la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigue doit être conforme à celle définit dans le rapport « Organisation avec thrombectomie mécanique de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ». Conformément au décret n° 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié.	**2736,00**	**2736,00**	**01-08-2022**

	Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SFR4-4-20-05 ; SFR4-4-20-10 ; SFR4-4-40-10 ; SFR4-6-20-10 ; SFR4-6-24-06 ; SFR4-6-40-10			

Société MICROVENTION

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5147771	Stent retriever, MICROVENTION, ERIC. Stent retriever ERIC de la société MICROVENTION DESCRIPTION Le système ERIC (Embolus Retriever with Interlinked Cage) est composé de sphères d'extractions situées sur un système de largage sur guide- poussoir qui nécessite un microcathéter avec une lumière intérieure de 0,017 po (0,432 mm) ou plus. Le système ERIC est constitué nitinol (alliage nickel-titane) sur lequel sont disposés des marqueurs radio-opaques en Tantale. Il est présenté dans une gaine d'introduction, attaché à un guide- poussoir. La longueur de l'extrémité distale est de 5 mm. INDICATION PRISE EN CHARGE Patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre de la circulation antérieure, visible à l'imagerie dans un délai de 24 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 16 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'éligibilité suivant: – occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1); score NIHSS initial ≥ 6; Score mRS ≤ 2 avant l'AVC, volume de nécrose < 70 ml et volume de mismatch ≥ 15 ml; ratio du mismatch > 1,8, – occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1); mismatch radio-clinique: âge <80 ans and NIHSS score ≥10 et volume de nécrose 0–30 ml ou âge <80 ans and NIHSS score ≥ 20 et volume de nécrose 31–51 ml ou âge ≥80 ans and NIHSS score ≥10 and volume de nécrose 0–20 ml. Les patients sélectionnés dans un délai de 6 à 24 heures après la dernière fois où le patient a été vu asymptomatique doivent répondre aux critères d'inclusion de l'étude: – occlusion de l'artère carotide interne intracrânienne et de l'artère cérébrale moyenne (segment M 1); mismatch radio-clinique: âge <80 ans and NIHSS score ≥10 et volume de nécrose 0–30 ml ou âge <80 ans and NIHSS score ≥ 20 et volume de nécrose 31–51 ml ou âge ≥80 ans and NIHSS score ≥10 and volume de nécrose 0–20 ml. Le stent retriever ERIC 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. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La dimension organisationnelle de la thrombectomie mécanique dans la prise en charge précoce de	**2736,00**	**2736,00**	**15-11-2023**

	l'accident vasculaire cérébral ischémique aigue doit être conforme à celle définit dans le rapport «Organisation avec thrombectomie mécanique de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu» Conformément au décret no 2007-366 la thrombectomie doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE ER173015 ; ER173020 ; ER174024 ; ER174030 ; ER176035 ; ER176044			

Section 2. – Systèmes de thrombo-aspiration

Société PENUMBRA FRANCE (PENUMBRA

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5109612	Système de thrombo-aspiration, PENUMBRA, PENUMBRA SYSTEM. Système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA France. **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	**2319,90**	**2319,90**	**01-08-2022**

	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. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Conformément au décret no 2007-366 la thrombectomie mécanique doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007) . L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins: – un neuroradiologue interventionnel qualifié, – un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, – au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. – Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes: – capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, – acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, – salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, – salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. **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 6F 088 NeuronMAX long sheeth 90/4 Straight, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC 160cm) . – **ACE060PACK: ACE60 Penumbra Package System** 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 6F 088 NeuronMAX long sheeth 90/4 Straight, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC 160cm). – **ACE068PACK80: ACE68 Penumbra System Package Incl. NeuronMAX 80cm Straight** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE068MPACK: ACE68 Penumbra System MP Package incl. Neuron MAX MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE068MPACK80: ACE68 Penumbra System MP Package incl. Neuron MAX 80cm MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060PACK80: ACE60 Penumbra System Package incl. Neuron MAX 80cm Straight** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060MPACK: ACE60 Penumbra System Package incl. Neuron MAX MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060MPACK80: ACE60 Penumbra System Package incl. Neuron MAX 80cm MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). **–** **ACE068ADAPTEPK: ACE68 ADAPT ENGINE Pack** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE068ADAPTEPK80: ACE68 ADAPT ENGINE Pack – 80cm** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE068ADAPTEPKMP: ACE68 ADAPT ENGINE Pack – MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP*, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). **–** **ACE068ADAPTEPK80MP: ACE68 ADAPT ENGINE Pack – 80cm** MP 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). **–** **ACE060ADAPTEPK: ACE60 ADAPT ENGINE Pack** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060ADAPTEPK80: ACE60 ADAPT ENGINE Pack – 80cm** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060ADAPTEPKMP: ACE60 ADAPT ENGINE Pack – MP** 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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **ACE060ADAPTEPK80MP: ACE60 ADAPT ENGINE Pack – 80cm MP**			

	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 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC).			
5154191	Système de thrombo-aspiration, PENUMBRA, PENUMBRA SYSTEM JET 7 Système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM JET 7de la société PENUMBRA France. **DESCRIPTION** Le système de thromboaspiration 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 – un cathéter de reperfusion 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. La pompe d'aspiration ne fait pas l'objet de cette demande d'inscription. Les dispositifs sont visibles sous radioscopie. Les cathéters de reperfusion JET 7 sont des extensions de la gamme de cathéter ACE 68 et ACE 60. Les modifications portent sur le diamètre interne et externe du cathéter. **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, PENUMBRA SYSTEM incluant les cathéters de reperfusion JET 7 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. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Conformément au décret no 2007-366 la thrombectomie mécanique doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie . Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins: – un neuroradiologue interventionnel qualifié, – un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, – au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. – Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes: – capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap,	**2319,90**	**2319,90**	**01-08-2022**

	– acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, – salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, – salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. **REFERENCES PRISES EN CHARGE** **– JET7ADAPTPK: le Penumbra JET 7 ADAPT MAX Pack** est composé de Penumbra JET 7 and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, MAX Canister. – **JET7ADAPTPK80: le Penumbra JET 7 ADAPT MAX Pack** – 80cm est composé de Penumbra JET 7 and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, MAX Canister. – **JET7ADAPTPKMP: le Penumbra JET 7 ADAPT MAX Pack** - MP est composé de Penumbra JET 7 and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, MAX Canister. **JET7ADAPTPK80MP: le Penumbra JET 7 ADAPT MAX Pack** – 80cm MP est composé de Penumbra JET 7 and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, MAX Canister. – **JET7ADAPTEPK: JET 7 ADAPT Pack** est composé d'un kit d'aspiration JET7 (cathéter de reperfusion JET7 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi- Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **JET7ADAPTEPK80: JET 7 ADAPT Pack** – 80cm est composé d'un kit d'aspiration JET7 (cathéter de reperfusion JET7 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **JET7ADAPTEPKMP: JET 7 ADAPT Pack** – MP est composé d'un kit d'aspiration JET7 (cathéter de reperfusion JET7 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **JET7ADAPTEPK80MP: JET 7 ADAPT Pack** – 80cm MP est composé d'un kit d'aspiration JETD7 (cathéter de reperfusion JET7 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC).			
5174561	Système de thrombo-aspiration, PENUMBRA, PENUMBRA SYSTEM JET D Système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM JET D de la société PENUMBRA France. **DESCRIPTION** Le système de thromboaspiration 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 – un cathéter de reperfusion 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.	**2319,90**	**2319,90**	**01-08-2022**

	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. La pompe d'aspiration ne fait pas l'objet de cette demande d'inscription. Les dispositifs sont visibles sous radioscopie. Les cathéters de reperfusion JET D sont des extensions de la gamme de cathéter ACE 68 et ACE 60. Les modifications portent sur le diamètre interne et externe du cathéter. **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, PENUMBRA SYSTEM incluant les cathéters de reperfusion JET D 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. **MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION** Conformément au décret no 2007-366 la thrombectomie mécanique doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants: – décret no 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, – décret no 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins: – un neuroradiologue interventionnel qualifié, – un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, – au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes: – capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, – acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, – salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, – salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. **REFERENCES PRISES EN CHARGE** **– JETDADAPTPK: le Penumbra JET D ADAPT MAX** Pack est composé de Penumbra JET D and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, MAX Canister **– JETDADAPTPK80: le Penumbra JET D ADAPT MAX Pack** – 80cm est composé de Penumbra JET D and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, MAX Canister. – **JETDADAPTPKMP: le Penumbra JET D ADAPT MAX Pack - MP** est composé de Penumbra JET D and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, MAX Canister.			

	– **JETDADAPTPK80MP: le Penumbra JET D ADAPT MAX Pack** – 80cm MP est composé de Penumbra JET D and Penumbra Hi-Flow Aspiration Tubing, 3MAX cathéter de reperfusion, 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, MAX Canister. – **JETDADAPTEPK: JET D ADAPT Pack** –est composé d'un kit d'aspiration JETD (cathéter de reperfusion JETD + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **JETDADAPTEPK80: JET D ADAPT Pack –** 80cm est composé d'un kit d'aspiration JETD (cathéter de reperfusion JETD + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 Straight, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). **– JETDADAPTEPKMP: JET D ADAPT Pack –** MP est composé d'un kit d'aspiration JETD (cathéter de reperfusion JETD + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 90/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC). – **JETDADAPTEPK80MP: JET D ADAPT Pack – 80cm MP** est composé d'un kit d'aspiration JETD (cathéter de reperfusion JETD + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un 6F 088 NeuronMAX Long Sheath 80/4 MP, d'un ENGINE Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter (3MAXC).			

Société STRYKER France (STRYKER)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5159165	Système de thrombo-aspiration, STRYKER, AXS CATALYST. Système de thrombo-aspiration AXS CATALYST de la société STRYKER France. DESCRIPTION Le système de thrombo-aspiration AXS CATALYST se compose de différents éléments : - La pompe d'aspiration - La poche, réceptionnant les fluides corporels - Le tube d'aspiration - Le cathéter d'aspiration : AXS CATALYST 5 ou AXS CATALYST 6 ou AXS CATALYST 7. Le tube d'aspiration et la poche étant nécessaires à l'aspiration, AXS Aspiration Tubing et AXS Aspiration Liner Set sont fournis avec les cathéters AXS Catalyst 5, AXS Catalyst 6 et AXS Catalyst 7. Stryker garantit la compatibilité des cathéters AXS Catalyst avec la pompe Medela, le tube d'aspiration AXS Aspiration tubing et la poche AXS Aspiration liner set. INDICATION PRISE 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 cathéter d'accès distal AXS CATALYST utilisé dans un système de thrombo-aspiration 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	**2319,90**	**2319,90**	**01-08-2022**

	à la thrombolyse IV. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Conformément au décret n° 2007-366, la thrombectomie mécanique doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie Interventionnelle dans un centre certifié. Les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables aux activités neuroradiologiques interventionnelles endovasculaire sont précisées dans les décrets suivants : - décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique, - décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne (arrêté du 19 mars 2007). L'arrêté du 15 mars 2010 fixe les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie. Le geste de thrombectomie mécanique doit être réalisé dans un service de neuroradiologue interventionnel avec une équipe multidisciplinaire avec au moins : - un neuroradiologue interventionnel qualifié, - un médecin anesthésiste réanimateur accompagné d'un infirmier d'anesthésie diplômé d'état, - au moins deux autres personnes dont un manipulateur d'électroradiologie ; la deuxième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale. - Plateau technique La salle d'angiographie doit présenter les caractéristiques techniques minimales suivantes : - capteur plan de dimensions minimales de 30 cm, soustraction, roadmap, - acquisition tridimensionnelle pour la possibilité de réaliser des reconstructions de type scannographie sur table, moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur, - salle répondant aux conditions d'anesthésie et d'asepsie identiques à celles d'un bloc opératoire, - salle de surveillance post-interventionnelle comportant des dispositifs médicaux et un environnement adaptés. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE M003IC058132A0 : AXS Catalyst 5 - 058 x 132 M003IC060132A0 : AXS Catalyst 6 - 060 x 132 IC068125A : AXS CATALYST 7 - 0,068 in x 125 cm IC068132A : AXS CATALYST 7 - 0,068 in x 132 cm			

Chapitre 2 – Dispositifs médicaux utilisés dans le système cardio-vasculaire

Section 1. – Ballons actifs périphériques

« Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision. »

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**450,00**	**450,00**	**31-12-2022**

	imputable à une lésion de novo (sténose de longueur 18 cm 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 recommandée pour le gonflage du ballonnet est de 3 minutes. - 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 stent, 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) 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 90 cm : H74939319501290, H74939319501590, H74939319601290, H74939319601590, H74939319701290, H74939319701590. Références des cathéters de longueur utile 135 cm : H74939219400310, H74939219400410, H74939219400610, H74939219500310, H74939219500410, H74939219500610, H74939219500810, H74939219501010, H74939219600310, H74939219600410, H74939219600610, H74939219600810, H74939219601010, H74939219700310, H74939219700410, H74939219700610, H74939219700810, H74939219701010. Références des cathéters de longueur utile 150 cm : H74939319501210, H74939319501510, H74939319601210, H74939319601510, H74939319701210, H74939319701510.			

Société BARD France (BARD)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 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 ;	**450,00**	**450,00**	**31-10-2022**

	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.			

Société B. BRAUN Medical (B.BRAUN)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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	**450,00**	**450,00**	**15-07-2023**

	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. 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.			

Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5189700	Ballon actif à élution de paclitaxel, MEDTRONIC, IN.PACT ADMIRAL. INDICATIONS 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). Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, symptomatique au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une resténose intra-stent de l'artère fémoro-poplitée au-dessus du genou ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 7 mm nécessitant une revascularisation de l'artère. MODALITES 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.	**465,60**	**465,60**	**15-05-2022**

	- 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 pré-dilatation 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 µg/mm2 de surface de ballon. Deux marqueurs en platine-iridium radio-opaques indiquent la longueur utile du ballonnet. REFERENCES 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.			
5214450	Ballon actif à élution de paclitaxel, MEDTRONIC, IN.PACT PACIFIC. Ballon actif à élution de paclitaxel IN.PACT PACIFIC de la société MEDTRONIC. **DESCRIPTION** IN.PACT PACIFIC est un cathéter à ballonnet périphérique à élution de paclitaxel (longueur comprise entre 20 mm et 120 mm et de diamètre 4,0 à 7,0 mm) sur guide (OTW) à élution de paclitaxel. Le mélange médicamenteux utilisé est composé du principe actif, le paclitaxel, et d'urée comme excipient (revêtement FreePac). **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	**465,60**	**465,60**	**15-05-2022**

	compris entre 4 et 7 mm. Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision. **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 PACIFIC ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs IN.PACT PACIFIC. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet IN.PACT PACIFIC, 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 PACIFIC. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs IN.PACT PACIFIC chez le même patient est possible en cas de lésions longues ou multiples. Les ballonnets supplémentaires doivent se chevaucher sur 1 cm; ne pas chevaucher au-delà de 1 cm Cependant, l'utilisation d'un ballonnet IN.PACT PACIFIC est limitée à 2 au cours d'une même intervention. L'utilisation d'un ballonnet IN.PACT PACIFIC nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet IN.PACT PACIFIC 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. **RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE** PCF 04004009P; PCF 04006009P; PCF 04008009P; PCF 04012009P; PCF 05004009P; PCF 05006009P; PCF 05008009P; PCF 05012009P; PCF 06004009P; PCF 06006009P; PCF 06008009P; PCF 06012009P; PCF 07004009P; PCF 07006009P; PCF 07008009P; PCF 07012009P; PCF 04004013P; PCF 04006013P; PCF 04008013P; PCF 04012013P; PCF 05004013P; PCF 05006013P; PCF 05008013P; PCF 05012013P; PCF 06004013P; PCF 06006013P; PCF 06008013P; PCF 06012013P; PCF 07004013P; PCF 07006013P; PCF 07008013P; PCF 07012013P; PCF 04004018P; PCF 04006018P; PCF 04008018P; PCF 04012018P; PCF 05004018P; PCF 05006018P; PCF 05008018P; PCF 05012018P; PCF 06004018P; PCF 06006018P; PCF 06008018P; PCF 06012018P; PCF 07004018P; PCF 07006018P; PCF 07008018P; PCF 07012018P.			

Société SPECTRANETICS (SPECTRANETICS)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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. Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision 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	**480,00**	**480,00**	**01-07-2022**

	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 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. A35SX040060080 ; A35SX040060135 ; A35SX040100080 ; A35SX040100135 ; A35SX050060080 ; A35SX050060135 ; A35SX050100080 ; A35SX050100135 ; A35SX060060080 ; A35SX060060135 ; A35SX060100080 ; A35SX060100135.			

Société iVASCULAR France (iVASCULAR)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5247202	Ballon actif à élution de paclitaxel, iVASCULAR, iVASCULAR LUMINOR 35 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 15 cm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitées au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 5 et 7 mm. Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	**450,00**	**450,00**	**30-09-2024**

	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. - un site précédemment dilaté avec un ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR ne doit pas être dilaté de nouveau avec un ballonnet actif. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux (ballonnet nu). - ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet iVASCULAR LUMINOR. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs iVASCULAR LUMINOR 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 iVASCULAR LUMINOR est limitée à 2 au cours d'une même intervention. - l'utilisation d'un ballonnet iVASCULAR LUMINOR nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplastie artérielle percutanée avec ou sans stent, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Cathéters de longueur 80 cm BP DPC35 080 500 020 ; BP DPC35 080 500 040 ; BP DPC35 080 500 060 ; BP DPC35 080 500 080 ; BP DPC35 080 500 120 ; BP DPC35 080 500 150 BP DPC35 080 600 020 ; BP DPC35 080 600 040 ; BP DPC35 080 600 060 ; BP DPC35 080 600 080 ; BP DPC35 080 600 120 ; BP DPC35 080 600 150 BP DPC35 080 700 020 ; BP DPC35 080 700 040 ; BP DPC35 080 700 060 ; BP DPC35 080 700 080 ; BP DPC35 080 700 120 Cathéters de longueur 140 cm BP DPC35 140 500 020 ; BP DPC35 140 500 040 ; BP DPC35 140 500 060 ; BP DPC35 140 500 080 ; BP DPC35 140 500 120 ; BP DPC35 140 500 150 BP DPC35 140 600 020 ; BP DPC35 140 600 040 ; BP DPC35 140 600 060 ; BP DPC35 140 600 080 ; BP DPC35 140 600 120 ; BP DPC35 140 600 150 BP DPC35 140 700 020 ; BP DPC35 140 700 040 ; BP DPC35 140 700 060 ; BP DPC35 140 700 080 ; BP DPC35 140 700 120			
5298777	Ballon actif à élution de paclitaxel, iVASCULAR, iVASCULAR LUMINOR 18 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 18 cm 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. Les produits enrobés de paclitaxel doivent être réservés aux patients présentant un risque particulièrement élevé de resténose pour lesquels le praticien peut estimer que les bénéfices d'utilisation d'un produit enrobé de paclitaxel sont supérieurs au risque à moyen terme soulevé par la méta-analyse de Katsanos et al. Dans ce cas, le patient doit être préalablement informé des avantages de ce choix par rapport à l'augmentation du risque de décès observé et être associés à la prise de décision. 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. - un site précédemment dilaté avec un ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR ne doit pas être dilaté de nouveau avec un ballonnet actif. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation	**450,00**	**450,00**	**30-09-2024**

	standard, sans revêtement médicamenteux (ballonnet nu). - ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet iVASCULAR LUMINOR. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs iVASCULAR LUMINOR 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 iVASCULAR LUMINOR est limitée à 2 au cours d'une même intervention. - l'utilisation d'un ballonnet iVASCULAR LUMINOR nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet actif iVASCULAR LUMINOR est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplastie artérielle percutanée avec ou sans stent, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Cathéters de longueur 100 cm BP DPC18 100 400 020 ; BP DPC18 100 400 040 ; BP DPC18 100 400 060 ; BP DPC18 100 400 080 ; BP DPC18 100 400 120 ; BP DPC18 100 400 150 BP DPC18 100 500 020 ; BP DPC18 100 500 040 ; BP DPC18 100 500 060 ; BP DPC18 100 500 080 ; BP DPC18 100 500 120 ; BP DPC18 100 500 150 BP DPC18 100 600 020 ; BP DPC18 100 600 040 ; BP DPC18 100 600 060 ; BP DPC18 100 600 080 ; BP DPC18 100 600 120 ; BP DPC18 100 600 150 BP DPC18 100 700 020 ; BP DPC18 100 700 040 ; BP DPC18 100 700 060 ; BP DPC18 100 700 080 ; BP DPC18 100 700 120 Cathéters de longueur 140 cm BP DPC18 140 500 020 ; BP DPC18 140 500 040 ; BP DPC18 140 500 060 ; BP DPC18 140 500 080 ; BP DPC18 140 500 120 ; BP DPC18 140 500 150 BP DPC18 140 600 020 ; BP DPC18 140 600 040 ; BP DPC18 140 600 060 ; BP DPC18 140 600 080 ; BP DPC18 140 600 120 ; BP DPC18 140 600 150 BP DPC18 140 700 020 ; BP DPC18 140 700 040 ; BP DPC18 140 700 060 ; BP DPC18 140 700 080 ; BP DPC18 140 700 120 Cathéters de longueur 150 cm BP DPC18 150 400 020 ; BP DPC18 150 400 040 ; BP DPC18 150 400 060 ; BP DPC18 150 400 080 ; BP DPC18 150 400 120 ; BP DPC18 150 400 150			

Section 2 -Gaines lasers pour extraction de sondes de stimulation et de défibrillation

Société SPECTRANETICS France (SPECTRANETICS)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5285504	Gaine laser extraction sondes de stimul et défibril, SPECTRANETICS, GLIDELIGHT INDICATION PRISE EN CHARGE	**2586,70**	**2586,70**	**15-06-2023**

	Patients ayant des sondes de stimulation ou défibrillation cardiaque implantées depuis plus d'un an, devant bénéficier d'un retrait de matériel qui pourrait engager leur risque vital : - en cas d'infection locale ou systémique non maîtrisée par les traitements antibiotiques ; - en cas d'obstruction (thrombose) ou de rétrécissement de la lumière interne (sténose) ; - en cas de sonde endommagée, luxée, déplacée, fracturée MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - la gaine laser GLIDELIGHT ne doit être utilisée que par des médecins formés aux techniques de retrait de sonde de stimulation à l'aide de gaines de dilatateur télescopique. - le système laser EXCIMER CVX-300 couplée à la gaine laser GLIDELIGHT ne doit être utilisé que par des médecins ayant reçu une formation adéquate. - la gaine laser GLIDELIGHT ne doit être utilisée que dans des établissements disposant d'un service de chirurgie cardiaque d'urgence et de protocoles de gestion et de prévention fonctionnels et régulièrement pratiqués. - chaque centre extracteur utilisant la gaine laser GLIDELIGHT doit avoir mis en place un protocole écrit d'urgence détaillant précisément les rôles et responsabilité de chacun en cas d'événement indésirable survenant lors de la procédure (appel du bloc opératoire de chirurgie cardiaque, anesthésie, gestion du patient). Il est recommandé d'intégrer dans ce protocole la mise en place, avant le début de l'intervention d'extraction, d'un guide compatible avec le cathéter à ballonnet d'occlusion BRIDGE par voie fémorale et sur toute la longueur de la veine cave supérieure. Le dispositif BRIDGE doit être maintenu à portée de main lors de l'intervention, et ne sera utilisé qu'en cas de rupture de la veine cave supérieure afin de stabiliser le patient jusqu'à sa prise en charge par un chirurgien cardiaque pour réparer la lésion. Matériel nécessaire pour extraire une sonde avec la gaine laser GLIDELIGHT : - la console laser EXCIMER CVX-300, - un mandrin bloqueur par sonde, - un kit d'accès fémoral BRIDGE en cas de complication. Les différentes étapes de la procédure laser intègre une approche pas à pas, intégrant d'abord une traction simple puis une traction à l'aide d'un mandrin bloqueur si échec de la traction simple. La gaine laser GLIDELIGHT sera utilisée qu'en cas d'échec de la traction manuelle. L'extraction de sondes de stimulation et de défibrillation cardiaque doit être réalisée conformément aux recommandations de EHRA, publiées en 2012, qui intègrent notamment les exigences suivantes : Concernant l'opérateur : - l'opérateur doit être qualifié pour l'implantation de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques. - une formation doit intégrer plus de 40 extractions sur 30 procédures en tant qu'opérateur principal, supervisé par un opérateur qualifié. - un opérateur doit réaliser au minimum 20 extractions par an (toutes techniques confondues). - un formateur doit réaliser au minimum 75 extractions et plus de 30 procédures par an. Concernant le personnel qualifié : - opérateur principal : médecin qualifié pour l'implantation de stimulateurs et défibrillateur cardiaques, extraction de sonde et gestion des complications - chirurgien cardiaque disponible - anesthésiste - aide-opérateur assistant : médecin/infirmier/technicien - autre assistant : technicien/infirmier formé à l'assistance respiratoire - personnel habilité à utiliser la fluoroscopie : médecin/infirmier/technicien/manipulateur d'électroradiologie médicale - personne habilitée à l'échocardiographie : médecin/infirmier/technicien Concernant la gestion des complications : La préparation du patient doit être respectée afin de prévenir ou d'anticiper les complications potentielles : - la surveillance du patient pendant l'intervention doit intégrer, un capteur d'oxymétrie de pouls, un			

	électrocardiogramme, un monitorage de la pression artérielle intravasculaire, une défibrillation externe, un abord fémoral permettant l'administration de sang, médicaments, ou autres outils d'extraction. - le chirurgien cardiaque doit pouvoir intervenir très rapidement en cas de complication telle qu'une rupture de la veine cave supérieure. Il a été démontré que pour augmenter les chances de survie du patient, une intervention chirurgicale avec thoracotomie doit être réalisée dans les 5 à 10 minutes après la rupture. - une anesthésie générale doit pouvoir être effectuée en urgence sans déplacer le patient DESCRIPTION La gaine laser GLIDELIGHT est un dispositif utilisé pour extraire une sonde de stimulation ou de défibrillation cardiaque adhérente aux structures qui l'entourent (système veineux, structures cardiaques, autres sondes) La gaine laser GLIDELIGHT est composée de fibres optiques disposées en cercle et intercalées entre une tubulure polymère externe et interne. Les fibres se terminent sur l'extrémité distale à l'intérieur d'un embout poli et sur l'extrémité proximale à l'intérieur du raccordement avec le système laser EXCIMER. La gaine laser GLIDELIGHT est la troisième génération de gaines permettant une capacité de fréquence de répétition maximale de 80 Hz (40 Hz pour la gamme antérieure). La gaine laser GLIDELIGHT est utilisée en association avec des outils d'extraction conventionnels (mandrins bloqueurs, gaines externes) Le kit de gaine laser comprend une gaine laser de 12 Fr ou 14 Fr ou 16 Fr, deux gaines externes et un fil de fixation. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Modèle 500-301 : 12 Fr Modèle 500-302 : 14 Fr Modèle 500-303 : 16 Fr			

Section 3 Guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien (FFR)

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 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 titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de santé publique. DESCRIPTION	**400,00**	**400,00**	**01-03-2026**

	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.			
5208260	Guide mesure FFR, BOSTON, COMET II. DESCRIPTION COMET II 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. 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 titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de Santé Publique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE COMET II, référence H74939359310.	**400,00**	**400,00**	**01-03-2026**

Société PHILIPS-VOLCANO (PHILIPS/VOLCANO)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5219111	Guide mesure FFR, PHILIPS/VOLCANO, VERRATA. 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 titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de santé publique. DESCRIPTION La mesure de la FFR est réalisée au cours d'une coronarographie. Le guide VERRATA est disponible en deux longueurs (185 et 300 cm) et deux formes distales (droites et « en J »). Chaque conditionnement est dans un emballage unitaire stérile. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VERRATA : 10185, 10185J, 10300, 10300J	**400,00**	**400,00**	**01-03-2021**
5233157	Guide mesure FFR, PHILIPS/VOLCANO, VERRATA PLUS. 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 titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de santé publique. DESCRIPTION	**400,00**	**400,00**	**01-03-2021**

	La mesure de la FFR est réalisée au cours d'une coronarographie. Le guide VERRATA PLUS est disponible en deux longueurs (185 et 300 cm) et deux formes distales (droites et « en J »). Chaque conditionnement est dans un emballage unitaire stérile. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE VERRATA PLUS : 10185P, 10185JP, 10300P, 10300JP			

Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
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 titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de santé publique. 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	**400,00**	**400,00**	**01-03-2026**

Société FSCARE (FSCARE)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5206663	Guide mesure FFR, FSCARE, OPTOWIRE DEUX. 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	**400,00**	**400,00**	**15-07-2022**

	sténose intermédiaire, lorsque les tests d'ischémie myocardiques préalables n'ont pas été contributifs ou ont été contre-indiqués. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Utilisation en établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R6123-128 à R6123-133 et D6124-179 à D6124-185 du code de Santé Publique. DESCRIPTION OPTOWIRE DEUX est un fil guide métallique de diamètre 0,014" et long de 175 cm, hydrophile, à extrémité distale droite, équipé d'un capteur de pression à fibre optique. REFERENCE PRISE EN CHARGE OPTOWIRE DEUX, référence F1011.			

Section 4 Ballons actifs coronaires

Société BIOTRONIK France (BIOTRONIK)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5213143	Ballon actif à élution de paclitaxel, coronaire, BIOTRONIK, PANTERA LUX Ballon actif à élution de paclitaxel PANTERA LUX de la société BIOTRONIK France. DESCRIPTION Le système PANTERA LUX se compose des éléments suivants : - un cathéter à échange rapide avec une longueur utile de 140 cm et une lumière de guide de 29 cm de long, - un ballonnet de dilatation, - une matrice de libération à base de butyryl-tri-hexyl citrate (BTHC), qui se dégrade en formant de l'acide citrique et un alcool, - le paclitaxel, molécule anti-proliférative, associé à la matrice de BTHC. La concentration de paclitaxel est de 3µg/mm2. 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). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités d'utilisation sont les suivantes : - le diamètre du ballonnet gonflé ne doit pas être supérieur au diamètre de l'artère coronaire en amont ou en aval de la sténose ; - selon la situation du patient et la morphologie vasculaire, le gonflage doit être maintenu pendant une période d'au moins 30 secondes ; - le traitement préalable d'une sténose importante (≥50 %) en amont de la lésion cible est requis pour empêcher la délamination du revêtement du ballonnet pendant le franchissement de la lésion ; - s'il n'est pas possible de franchir la sténose avec le ballon PANTERA LUX, un ballon nu d'un diamètre plus petit peut être utilisé pour réaliser une dilatation préalable de la lésion avant la dilatation finale avec un ballon PANTERA LUX ; - pour éviter un surdosage local, il est contre-indiqué d'utiliser un deuxième cathéter PANTERA LUX ou un autre ballonnet à revêtement médicamenteux au même site de traitement. Par ailleurs, il convient d'éviter l'implantation d'une endoprothèse à libération de principe actif au même site car il est impossible d'exclure un surdosage ou une interaction entre les agents actifs ; - pour traiter des lésions longues (plus longues que la longueur du ballonnet maximum disponible),	**512,00**	**512,00**	**15-04-2023**

	les segments individuels doivent être traités en utilisant un seul ballon PANTERA LUX, en évitant de chevaucher un segment déjà traité afin d'éviter un surdosage local. La durée de bithérapie antiplaquettaire recommandée : - lorsque PANTERA LUX est utilisé pour le traitement de la resténose intra-stent nu est de 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) est de 1 mois ; - dans le cas d'une resténose intra-stent actif pendant les 12 premiers mois après l'implantation du stent actif est de 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. L'utilisation du ballon actif PANTERA LUX est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties coronaires transluminales percutanées. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE 365110 ; 365111 ; 365112 ; 365113 ; 365114 ; 365120 ; 365121 ; 365122 ; 365123 ; 365124 ; 365125 ; 365126 ; 365127 ; 365128 ; 365129 ; 365130 ; 365131 ; 365132 ; 365133 ; 365134 ; 365135 ; 365136 ; 365137 ; 365138 ; 365139			

B. BRAUN MEDICAL (B BRAUN)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5165941	Ballon actif à élution de paclitaxel, coronaire, B BRAUN, SEQUENT PLEASE. Ballon actif à élution de paclitaxel SEQUENT PLEASE 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/diamètre du vaisseau doit être de 0,8 à 1,0 - La longueur de SEQUENT PLEASE 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 doit être respecté. Une prédilatation au ballon nu est recommandée pour les lésions complexes qui incluent la resténose intra-stent. SEQUENT PLEASE 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 :	**512,00**	**512,00**	**15-04-2023**

	- Lorsque SEQUENT PLEASE 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 peut être associé à un stent nu, en cas de dissection notamment. REFERENCES PRISES EN CHARGE 5022205 ; 5022212 ; 5022220 ; 5022200 ; 5022206 ; 5022213 ; 5022221 ; 5022230 ; 5022240 ; 5022207 ; 5022214 ; 5022222 ; 5022231 ; 5022201 ; 5022208 ; 5022215 ; 5022223 ; 5022232 ; 5022242 ; 5022202 ; 5022210 ; 5022218 ; 5022225 ; 5022234 ; 5022243 ; 5022204 ; 5022211 ; 5022219 ; 5022227.			
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	**512,00**	**512,00**	**15-04-2023**

Section 5 Systèmes d'athérectomie rotationnelle

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5243374	Système athérectomie rotationnelle, BOSTON, ROTALINK PLUS DESCRIPTION Le système ROTALINK PLUS est un dispositif d'athérectomie basé sur un cathéter qui utilise une fraise elliptique diamantée à l'extrémité d'un flexible relié à un moteur et protégé par une gaine. Le système est dirigé coaxialement sur un guide métallique spécifique. Le système complet ROTABLATOR comprend plusieurs éléments : le guide, le cathéter à fraise échangeable prémonté associé au système d'avancée de fraise (ROTALINK PLUS) et la console de contrôle. INDICATION PRISE EN CHARGE Sténose coronaire native non dilatable par ballon : - soit par non franchissement d'un ballon de taille minimale ; - soit par non impaction (en pratique, non levée de l'empreinte) avec un ballon de taille adaptée à l'artère et gonflé à haute pression (jusqu'à 30 atm). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'athérectomie rotationnelle doit être réalisée dans les établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de Santé Publique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H749236310020 ; H749236310030 ; H749236310040 ; H749236310050 ; H749236310150 ; H749236310060 ; H749236310160 ; H749236310070	**1148,40**	**1148,40**	**15-08-2025**
5218318	Système athérectomie rotationnelle, BOSTON, ROTAPRO DESCRIPTION Le système ROTAPRO est un dispositif d'athérectomie basé sur un cathéter qui utilise une fraise elliptique diamantée à l'extrémité d'un flexible relié à un moteur et protégé par une gaine. Le système est dirigé coaxialement sur un guide métallique spécifique. Le système complet ROTABLATOR comprend plusieurs éléments : le guide, le cathéter à fraise échangeable prémonté associé au système d'avancée de fraise (ROTAPRO) et la console de contrôle. INDICATION PRISE EN CHARGE Sténose coronaire native non dilatable par ballon : - soit par non franchissement d'un ballon de taille minimale ; - soit par non impaction (en pratique, non levée de l'empreinte) avec un ballon de taille adaptée à l'artère et gonflé à haute pression (jusqu'à 30 atm). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'athérectomie rotationnelle doit être réalisée dans les établissements de santé titulaires d'une	**1148,40**	**1148,40**	**15-08-2025**

	autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, conformément aux articles R. 6123-128 à R. 6123-133 et D. 6124-179 à D. 6124-185 du code de Santé Publique. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE H749393001250 ; H749393001500 ; H749393001750 ; H749393002000 ; H749393002150 ; H749393002250 ; H749393002380 ; H749393002500.			

Chapitre 3 Dispositifs médicaux utilisés en oncologie

Section 1 Instruments pour exérèse tumorale

Société 3D-SIDE (3D-SIDE)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5314128	Instrument pour ostéotomie exérèse tumorale maligne de l'os, 3D-SIDE, 3D-CUT Instrument sur mesure à usage unique pour ostéotomie d'une exérèse tumorale maligne primitive de l'os, 3D-SIDE, 3D-CUT DESCRIPTION 3D CUT est composé d'un guide chirurgical sur mesure pour la résection osseuse (composé d'une ou plusieurs parties en fonction de la complexité du cas) et d'un modèle anatomique du patient (composé d'une représentation de l'os sain et d'une représentation de la partie d'os à réséquer). L'instrument sur mesure fabriqué par impression 3D, aussi appelé « guide de coupe », est spécifiquement créé pour traiter chirurgicalement un patient particulier. INDICATION PRISE EN CHARGE Tumeur osseuse primaire maligne du bassin, nécessitant une résection chirurgicale incluant une marge saine MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'utilisation de 3D CUT est réservée aux chirurgiens ayant une expérience reconnue dans la prise en charge et la chirurgie des tumeurs osseuses malignes primitives, nécessitant une résection, après réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée. Cet instrument sur mesure permet au chirurgien de localiser et de réaliser la (ou les) résection(s). Le modèle osseux correspondant, biocompatible et stérilisable, peut être utilisé au bloc opératoire afin de visionner la planification et vérifier le bon positionnement du guide. - L'assistance préopératoire - Afin de déterminer l'extension tumorale, une IRM et un scanner sont réalisés. Le radiologue et le chirurgien réalisent la délimitation de la tumeur et les relations de la tumeur avec les structures avoisinantes. Des trajectoires de résections sont alors planifiées. Une distance de sécurité est automatiquement ajoutée afin d'assurer une marge saine suffisante. Cette marge est par défaut fixée à 10 millimètres, mais peut être modifiée à la demande du chirurgien pour conserver un site anatomique important (cartilage de croissance ou insertion ligamentaire par exemple). Les coordonnées des trajectoires sont sauvegardées pour être utilisées lors de la conception des instruments sur mesure. - Lorsque l'allogreffe massive est la méthode de reconstruction choisie, l'allogreffe subit une planification. Cette dernière sera ajustée en réalisant des ostéotomies identiques sur le patient et sur l'allogreffe. Lorsque le positionnement optimal de l'allogreffe est trouvé, les plans d'ostéotomie de l'allogreffe sont sauvegardés pour réaliser la conception d'un instrument spécifique à l'allogreffe. - La conception de l'instrument consiste à créer l'instrument sous la forme d'un objet virtuel 3D grâce à un logiciel de Conception Assistée par Ordinateur (CAO). Les trajectoires de résection de l'os du patient y sont chargées. L'instrument est créé en fonction des besoins du patient et du chirurgien. Les surfaces	**3600,00**	**3600,00**	**01-06-2020**

	spécifiques à l'os en présence sont des moules négatifs qui épousent la surface osseuse permettant de trouver le positionnement unique de l'instrument sur la surface osseuse. L'instrument est également muni de supports plans qui serviront de surface d'appui pour la lame de scie. Ces supports plans matérialisent ainsi la position et la trajectoire des ostéotomies optimales telles qu'elles ont été planifiées en préopératoire. - Assistance intraopératoire L'assistance intraopératoire est matérialisée sous la forme d'un instrument sur mesure permettant de guider et reproduire une ostéotomie planifiée. - Lors de la préparation de la zone de résection, le modèle osseux est utilisé pour visualiser la zone de pose et le positionnement du guide sur l'os et la partie tissus mous à ruginer. - Le guide est positionné puis fixé de manière unique sur l'os (une seule position possible). Lorsqu'il est positionné, des broches de Kirschner peuvent être utilisées pour fixer temporairement l'instrument sur l'os du patient. - L'os non sain est réséqué en suivant les plans de coupe avec une lame en acier en maintenant une orientation parallèle entre le plan et la lame et ensuite retiré du patient. Les profondeurs de coupe sont indiquées sur le guide en millimètres. REFERENCE PRISE EN CHARGE 02-PSI-T			

Section 2 Systèmes d'ablation par radiofréquence

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5356180	Système d'ablation par radiofréquence de tumeur rein, électrode, BOSTON, LEVEEN DESCRIPTION Les électrodes aiguilles pour ablation par radiofréquence sont composées d'une aiguille isolée électriquement et d'une extrémité non isolée. L'électrode aiguille est reliée au générateur de radiofréquence RF 3000 par un câble. Trois types d'électrodes sont disponibles : - LEVEEN STANDARD dont l'extrémité non isolée est composée d'une électrode se déployant en forme de parapluie afin de favoriser la pénétration de la lésion et stabiliser le positionnement de la sonde. - LEVEEN COACCESS qui se compose d'un kit d'introduction (canule isolée avec un stylet de verrouillage) et d'une électrode (réseau avec poignée de déploiement intégrée). L'électrode est conçue pour une mise en place coaxiale dans la canule isolée. Le système coaxial peut être utilisé pour la cartographie pré-procédurale des lésions. - LEVEEN SUPERSLIM qui présente un diamètre externe (électrode non déployée) plus petit que les autres références. INDICATION PRISE EN CHARGE Traitement de petites tumeurs du rein T1a (≤ 3 cm) pour les situations où la chirurgie est à haut risque : - contre-indication à la chirurgie ;	**1200,00**	**1200,00**	**01-03-2025**

	- patients présentant plusieurs facteurs de comorbidité ; - certaines situations de cancer du rein héréditaire avec des tumeurs multiples de volume limité ; - situations impératives (rein unique ou insuffisance rénale préexistante) avec risque d'insuffisance rénale terminale après néphrectomie partielle. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La sélection des patients relevant d'un traitement par radiofréquence avec LEVEEN doit être effectuée par une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients atteints de petites tumeurs rénales lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) après un diagnostic documenté par une biopsie. L'équipe pluridisciplinaire associe au minimum un urologue et un radiologue, la participation complémentaire d'un oncologue médical et un anesthésiste pouvant être nécessaire afin de discuter l'ensemble de la stratégie thérapeutique. Le praticien qui réalise l'acte doit maîtriser la technique d'ablation par radiofréquence. L'acte est réalisé dans un centre de radiologie interventionnelle avec un plateau technique adapté et avec une équipe pluridisciplinaire compétente. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE LEVEEN STANDARD : M001262170 ; M001262160 ; M001262310 ; M001262130 ; M001262150 ; M001262030 ; M001262020 ; M001262050 ; M001262040. LEVEEN COACCESS : M001262240 ; M001262230 ; M001262220. LEVEEN SUPERSLIM : M001262290 ; M001262280 ; M001262270 ; M001262260.			

Section 3 Dispositifs pour cholangioscopie

Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
5363144	Cathéter pour cholangiopancréatoscope, BOSTON, SPYSCOPE DS Cathéter d'accès et d'administration pour cholangiopancréatoscope simple opérateur à usage unique SPYSCOPE DS de la société BOSTON SCIENTIFIC. DESCRIPTION Le cathéter d'accès et d'administration SPYSCOPE DS est un cholangiopancréatoscope stérile et à usage unique permettant l'accès et l'acheminement d'accessoires dans l'anatomie pancréatico-biliaire selon le contexte clinique: pince à biopsie, pince à panier, anse d'extraction, lithotripsie électrohydraulique et le laser holmium. Il permet également l'affichage d'une vidéo en temps réel lorsqu'il est relié à un contrôleur numérique SPYGLASS DS. Il est introduit dans les voies biliopancréatiques par le canal opérateur du duodénoscope de diamètre minimal de 4,2 mm. Il est composé d'une poignée offrant à l'opérateur l'accès et l'utilisation du cathéter, reliée au duodénoscope et au contrôleur SPYGLASS DS avec une section d'insertion flexible. INDICATIONS PRISES EN CHARGE – Diagnostic des sténoses biliaires indéterminées après échec de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec brossage cytologique et / ou de l'échoendoscopie associée à des prélèvements. – Traitement des calculs biliaires et pancréatiques complexes lorsque les autres traitements endoscopiques ont échoué. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION SPYSCOPE DS ne nécessite la présence que d'un seul opérateur. Il est recommandé que la cholangioscopie simple opérateur avec SPYSCOPE DS soit pratiquée uniquement dans des centres spécialisés d'endoscopie digestive satisfaisant aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants: – Pose de l'indication Dans ces centres, la sélection des patients relevant d'une cholangioscopie simple opérateur doit être	**2280,00**	**2280,00**	**15-10-2025**

	effectuée par une équipe multidisciplinaire (hépatogastroentérologue endoscopiste, anesthésiste-réanimateur, ainsi que si besoin en fonction de l'indication: anatomopathologiste, chirurgien digestif, oncologue) spécialisée dans la prise en charge, le diagnostic et le traitement des pathologies complexes des voies biliaires intra- et extra-hépatiques et pancréatiques. La décision prendra en compte les bénéfices attendus par l'utilisation de cette technique de cholangioscopie simple opérateur, les limites et les risques assortis à la mise en oeuvre de cette technique, les alternatives disponibles, ainsi que l'avis du patient. La décision multidisciplinaire est tracée dans le dossier du patient. – Plateau technique nécessaire à la réalisation de l'acte Chaque centre doit disposer d'un plateau technique adapté tel que défini par les recommandations professionnelles (installation radiologique de qualité, matériel endoscopique dont des sphinctérotomes, écho-endoscope, matériel d'anesthésie, salle post-interventionnelle, unité de soins intensifs et de réanimation), ainsi que d'une structure de chirurgie digestive et une structure d'anatomopathologie. L'équipe pluridisciplinaire compétente est formée d'un hépatogastroentérologue endoscopiste, d'un anesthésiste-réanimateur, des infirmiers d'endoscopie spécialement formés, des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, d'un opérateur de radiologie qualifié et des aide-soignants. Un niveau minimal d'activité de cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et de cholangioscopie est nécessaire pour maintenir un niveau de qualité correct. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de déterminer une valeur seuil d'activité minimale. Pour information, d'après la base DIAMANT, en 2018: – une cinquantaine de centres ont réalisé plus de 200 CPRE, – une vingtaine de centres en ont réalisé plus de 300, – une quinzaine de centres en ont réalisé plus de 400 et une dizaine plus de 500 – par ailleurs,16 centres ont réalisé plus de 10 actes de cholangioscopie toutes techniques confondues, et 4 centres plus de 20. – Compétences de l'opérateur Le praticien qui réalise la cholangioscopie simple opérateur est un hépatogastroentérologue endoscopiste. Il doit avoir reçu une formation validée d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive. Il doit maîtriser et être entraîné à la technique de CPRE et à la technique de cholangioscopie simple opérateur par SPYSCOPE DS. – Réalisation La réalisation de la CPRE et de la cholangioscopie simple opérateur doit être réalisée conformément aux recommandations professionnelles (information du patient, liste des vérifications à effectuer, antibioprophylaxie, surveillance). Le recueil formalisé du point de vue du patient (expérience, résultat clinique et satisfaction) est souhaitable. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE SPYSCOPE DS - Référence: M00546600			
5344490	Cathéter pour cholangiopancréatoscope, BOSTON, SPYSCOPE DS II Cathéter d'accès et d'administration pour cholangiopancréatoscope simple opérateur à usage unique SPYSCOPE DS II de la société BOSTON SCIENTIFIC. DESCRIPTION Le cathéter d'accès et d'administration SPYSCOPE DS II est un cholangiopancréatoscope stérile et à usage unique permettant l'accès et l'acheminement d'accessoires dans l'anatomie pancréatico-biliaire selon le contexte clinique: pince à biopsie, pince à panier, anse d'extraction, lithotripsie électrohydraulique et le laser holmium. Il permet également l'affichage d'une vidéo en temps réel lorsqu'il est relié à un contrôleur numérique SPYGLASS DS. Il est introduit dans les voies	**2280,00**	**2280,00**	**15-10-2025**

	biliopancréatiques par le canal opérateur du duodénoscope de diamètre minimal de 4,2 mm. Il est composé d'une poignée offrant à l'opérateur l'accès et l'utilisation du cathéter, reliée au duodénoscope et au contrôleur SPYGLASS DS avec une section d'insertion flexible. Par rapport à la version antérieure SPYSCOPE DS, SPYSCOPE DS II dispose d'un capteur vidéo CMOS plus grand et ayant avec une meilleure résolution (2,5 fois celle du cathéter SPYSCOPE DS) et bénéfice d'un traitement HDR pour réduire la lumière éblouissante, améliorer l'éclairage dans les coins de la vidéo, ainsi que la visibilité à l'intérieur des canaux bilio-pancréatiques. INDICATIONS PRISES EN CHARGE – -Diagnostic des sténoses biliaires indéterminées après échec de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec brossage cytologique et / ou de l'échoendoscopie associée à des prélèvements. – Traitement des calculs biliaires et pancréatiques complexes lorsque les autres traitements endoscopiques ont échoué. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION SPYSCOPE DS II ne nécessite la présence que d'un seul opérateur. Il est recommandé que la cholangioscopie simple opérateur avec SPYSCOPE DS II soit pratiquée uniquement dans des centres spécialisés d'endoscopie digestive satisfaisant aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants: – Pose de l'indication Dans ces centres, la sélection des patients relevant d'une cholangioscopie simple opérateur doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire (hépatogastroentérologue endoscopiste, anesthésiste-réanimateur, ainsi que si besoin en fonction de l'indication: anatomopathologiste, chirurgien digestif, oncologue) spécialisée dans la prise en charge, le diagnostic et le traitement des pathologies complexes des voies biliaires intra- et extra-hépatiques et pancréatiques. La décision prendra en compte les bénéfices attendus par l'utilisation de cette technique de cholangioscopie simple opérateur, les limites et les risques assortis à la mise en oeuvre de cette technique, les alternatives disponibles, ainsi que l'avis du patient. La décision multidisciplinaire est tracée dans le dossier du patient. – Plateau technique nécessaire à la réalisation de l'acte Chaque centre doit disposer d'un plateau technique adapté tel que défini par les recommandations professionnelles (installation radiologique de qualité, matériel endoscopique dont des sphinctérotomes, écho-endoscope, matériel d'anesthésie, salle post-interventionnelle, unité de soins intensifs et de réanimation), ainsi que d'une structure de chirurgie digestive et une structure d'anatomopathologie. L'équipe pluridisciplinaire compétente est formée d'un hépatogastroentérologue endoscopiste, d'un anesthésiste-réanimateur, des infirmiers d'endoscopie spécialement formés, des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, d'un opérateur de radiologie qualifié et des aide-soignants. Un niveau minimal d'activité de cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et de cholangioscopie est nécessaire pour maintenir un niveau de qualité correct. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de déterminer une valeur seuil d'activité minimale. Pour information, d'après la base DIAMANT, en 2018: – une cinquantaine de centres ont réalisé plus de 200 CPRE, – une vingtaine de centres en ont réalisé plus de 300, – une quinzaine de centres en ont réalisé plus de 400 et une dizaine plus de 500 – par ailleurs,16 centres ont réalisé plus de 10 actes de cholangioscopie toutes techniques confondues, et 4 centres plus de 20. – Compétences de l'opérateur Le praticien qui réalise la cholangioscopie simple opérateur est un hépatogastroentérologue endoscopiste. Il doit avoir reçu une formation validée d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie digestive. Il doit maîtriser et être entraîné à la technique de CPRE et à la technique de cholangioscopie simple opérateur par SPYSCOPE DS II. – Réalisation La réalisation de la CPRE et de la cholangioscopie simple opérateur doit être réalisée conformément aux			

	recommandations professionnelles (information du patient, liste des vérifications à effectuer, antibioprophylaxie, surveillance). Le recueil formalisé du point de vue du patient (expérience, résultat clinique et satisfaction) est souhaitable. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE SPYSCOPE DS II - Référence: M00546610			

Chapitre 4 – Dispositifs médicaux utilisés dans le système gastro-intestinal

Section 1 Systèmes d'ablation par radiofréquence

MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Code	Référence	TARIF en € TTC	PLV en € TTC	Date de fin de prise en charge
	Système d'ablation par radiofréquence de l'endobrachyœsophage, MEDTRONIC, BARRX Le système BARRX est utilisé pour l'ablation par radiofréquence (RF) de l'endobrachyœsophage (EBO), appelé également œsophage de Barrett. DESCRIPTION Le système BARRX comprend un cathéter d'ablation par radiofréquence à usage unique connecté au générateur d'énergie BARRX FLEX RFA. Il existe deux types de cathéters d'ablation : - le cathéter d'ablation circonférentielle BARRX 360 Express, monté sur ballonnet auto ajustable. Ce cathéter s'adapte automatiquement au diamètre de l'œsophage. Il permet de réaliser une ablation circonférentielle. - Les cathéters d'ablation focale sont montés sur endoscope (BARRX 60 RFA, BARRX 90 ULTRA LONG RFA et BARRX 90 RFA) ou utilisés directement via le canal opérateur de l'endoscope (BARRX CHANEL RFA). Ils permettent de réaliser une ablation focale. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Traitement de l'endobrachyœsophage plan au stade de dysplasie de haut grade (non nodulaire) - Traitement de l'endobrachyœsophage résiduel après une résection endoscopique ciblée ayant permis d'éradiquer toutes les zones d'adénocarcinome intramuqueux et/ou les formations dysplasiques nodulaires (non planes) Dans ces 2 situations, l'indication doit être documentée par une double lecture anatomopathologique. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - La sélection des patients relevant d'un traitement par radiofréquence avec BARRX doit être effectuée par une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients atteints d'endobrachyœsophage lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) après un diagnostic documenté par une double lecture anatomopathologique selon les recommandations professionnelles. L'équipe pluridisciplinaire associe un hépatogastroentérologue endoscopiste qui réalisera l'intervention sur le patient si l'ablation par radiofréquence est décidée et au moins deux médecins des spécialités différentes suivantes : un chirurgien, un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute. Un anatomopathologiste et un anesthésiste peuvent également y participer.			

	- Le praticien qui réalise l'acte d'ablation par radiofréquence doit avoir reçu une formation validée d'hépatogastroentérologie et maîtriser la technique d'ablation par radiofréquence. - L'acte est réalisé dans un centre d'endoscopie interventionnelle avec un plateau technique adapté tel que défini par les recommandations professionnelles avec une équipe pluridisciplinaire compétente (comprenant un endoscopiste, un anesthésiste, des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, des infirmiers d'endoscopie, et des aides-soignants).			
5363888	Cathéter d'ablation circonférentielle, MEDTRONIC, BARRX 360 EXPRESS RFA RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 64082	**2400,00**	**2400,00**	**31-05-2023**
5302734	Cathéter d'ablation focale, MEDTRONIC, BARRX 90 RFA RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 90-9100	**1326,00**	**1326,00**	**31-05-2023**
5357741	Cathéter d'ablation focale, MEDTRONIC, BARRX 90 ULTRA LONG RFA RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 90-9200	**1326,00**	**1326,00**	**31-05-2023**
5326545	Cathéter d'ablation focale, MEDTRONIC, BARRX 60 RFA RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE 90-9300	**1326,00**	**1326,00**	**31-05-2023**
5338933	Cathéter endoscopique d'ablation focale, MEDTRONIC, BARRX CHANNEL RFA RÉFÉRENCE PRISES EN CHARGE TTS-1100	**1326,00**	**1326,00**	**31-05-2023**