

2k - La prise en charge des dispositifs médicaux

Sont concernés par la prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel par l'assurance maladie :

- les dispositifs médicaux pour traitement, les aides à la vie (coussin, béquille par exemple...), les aliments (aliments diététiques pour régime particulier notamment) et les pansements
- les orthèses (chaussures thérapeutiques par exemple) et prothèses externes (prothèse oculaire notamment),
- les dispositifs médicaux implantables (valve cardiaque ou stent par exemple), les implants et greffons tissulaires d'origine humaine,
- les véhicules pour les personnes en situation de handicap physique (fauteuil roulant notamment).

La prise en charge d'un dispositif médical dépendra de son inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par la sécurité sociale et du respect des conditions précisées dans cette liste.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie est en principe de 65 %.

Pour aller plus loin :

Fiche pratique 2j - La prestation de compensation (PC)

2k - La prise en charge des dispositifs médicaux

La prise en charge d'un dispositif médical (fauteuil roulant, prothèse, lit médicalisé...) dépendra de son inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et du respect des conditions précisées dans cette liste.

I. Quels sont les produits concernés ?

Sont concernés par la prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel par l'assurance maladie :

- les dispositifs médicaux pour traitement, les aides à la vie, les aliments et les pansements,
- les orthèses et prothèses externes,
- les dispositifs médicaux implantables, les implants et greffons tissulaires d'origine humaine,
- les véhicules pour les personnes en situation de handicap physique.

II. Quelles sont les conditions de prise en charge ?

1/ cas général de prise en charge :

Pour pouvoir être remboursés, l'achat, la location et la réparation des dispositifs médicaux doivent figurer sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Dans certains cas, il faut également répondre aux conditions particulières (de prescription et d'utilisation notamment) fixées par la LPPR.

En plus de ces conditions, le renouvellement d'un dispositif médical sera possible :

- si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient ;
- et, pour les produits dont la durée normale d'utilisation est prévue, lorsque cette durée est écoulée sauf avis favorable du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie

2/ cas exceptionnel de prise en charge :

Les caisses d'assurance maladie peuvent, après avis du médecin-conseil, décider de prendre en charge un produit sur mesure, spécialement conçu, fabriqué ou adapté pour un patient déterminé sous réserve qu'aucun autre

produit adapté à l'état de ce patient ne figure sur la LPPR.

III. Quelle est la procédure à suivre ?

Des modalités sont à respecter, elles vont dépendre de la nature du produit :

- une prescription médicale est obligatoire dans tous les cas. Les dispositifs médicaux sont remboursés sur prescription d'un médecin, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un infirmier ou d'un opticien-lunetier.

- une demande d'entente préalable est parfois requise. La prise en charge de certains des produits ou prestations inscrits sur la LPPR peut être subordonnée à une entente préalable auprès de la caisse d'assurance maladie, donnée après avis du médecin-conseil. L'accord est en principe acquis à défaut de réponse de la caisse, dans le délai de 15 jours après la réception de la demande d'entente préalable.

- un essai préalable est exigé pour les fauteuils roulants électriques et fauteuils roulants verticalisateurs. Cet essai doit être 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. Le médecin doit fournir un certificat 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 un changement de type de fauteuil.

- une consultation médicale d'appareillage est nécessaire pour les ortho-prothèses sur mesure, les prothèses oculaires et les chaussures orthopédiques.

IV. Quels sont les taux et modalités de remboursement ?

Le remboursement des produits figurant sur la LPPR est effectué sur la base de tarifs dits « de responsabilité ».

Le taux de remboursement appliqué à ce tarif varie en fonction de la nature du produit et de la qualité de l'assuré.

Le tarif des aides techniques et prothèses dentaires est multiplié par 1,5 lorsque ces aides techniques ou prothèses sont la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

1/ le principe : la prise en charge à 65%

Les dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées sont en principe remboursés au taux de 65%.

2/ les cas particuliers :

- prise en charge à 80% pour les assurés titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ou de l'ancienne allocation supplémentaire vieillesse).

- prise en charge à 90% pour les titulaires du régime d'Alsace Moselle.

- prise en charge à 100%
o pour les frais d'acquisition de réparation et de renouvellement des prothèses oculaires et faciales, des ortho prothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la LPPR.

o Pour certains assurés : personnes atteintes d'une affection de longue durée, titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail...

A noter : une prise en charge complémentaire au titre de la prestation de compensation peut être obtenue sous certaines conditions, *consultez la fiche pratique 2j - La prestation de compensation (PC)*

V. Comment puis-je contester une décision ?

1/ recours amiable obligatoire :

Le recours doit en premier lieu être soumise à la commission de recours amiable de la caisse d'assurance maladie ayant rendu la décision. Cette commission doit être saisie dans le délai de 2 mois à compter de la notification de cette décision.

2/ recours contentieux :

Postérieurement à la phase amiable, un recours pourra être porté devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) dans les 2 mois suivant la notification de la décision ou suivant le mois de silence de la commission valant rejet.

Textes de référence :

Articles L 165-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

Articles R 165-1 et suivants du Code de la sécurité sociale

Pour en savoir plus :

http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index_presentation.php?p_site=AMELI

<http://cerahtec.invalides.fr/>