

Service émetteur :	Conseil technique national
Sujet :	La prise en charge des aides techniques
Date :	23 septembre 2009 Réf. N°174/2009/CTN/LA/JF
Destinataires :	> <i>Directeurs de délégation, d'établissement, de service et d'entreprise adaptée</i> > <i>Intervenants sociaux</i>
Pour information :	> <i>Conseil d'Administration, Conseils départementaux, Direction générale</i>
Pièces jointes :	
Nombre de pages :	21

A Transmettre aux intervenants sociaux

Mesdames, Messieurs,

Je vous prie de trouver ci-joint une note juridique relative à la prise en charge des aides techniques par la caisse d'assurance maladie

Bien cordialement,

Linda AOUAR
Conseillère nationale juridique
Responsable du service juridique droit des personnes
et des familles

Septembre 2009

ANNULE ET REMPLACE LES NOTES 1434, 1771,
2005, 2320, 2545, 2880, 3139, 3280, 3390 et 3391

A INSERER DANS n° 3-1

NOTE JURIDIQUE

- SECURITE SOCIALE -

OBJET : La prise en charge des aides techniques

Base juridique

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

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

SOMMAIRE

I. LES PRODUITS ET PRESTATIONS CONCERNES

II. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

2.1. Conditions de prise en charge des produits inscrits sur la LPP

- a) le produit doit figurer sur la LPP
- b) le produit doit répondre aux conditions particulières fixées le cas échéant par la LPP
- c) pour la prise en charge de son renouvellement, le produit doit répondre à des conditions supplémentaires

2.2. Conditions de prise en charge des produits conçus sur-mesure ne figurant pas sur la LPP

III. PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE

3.1. Procédure générale

- a) Prescription par un professionnel de santé
- b) Demande d'entente préalable

3.2. Procédure spécifique aux ortho-prothèses sur mesure, aux prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques (consultation médicale d'appareillage)

3.2.1. Première acquisition

- a) Prescription médicale
- b) Consultation médicale d'appareillage

3.2.2. Renouvellement

IV. TAUX ET MODALITES DE REMBOURSEMENT

4.1. Tarif de responsabilité

4.2. Taux de remboursement

3.2.1. Prise en charge à hauteur de 65%

3.2.2. Prise en charge à hauteur de 80%

3.2.2. Prise en charge à hauteur de 90%

3.2.3. Prise en charge à hauteur de 100%

- a) en raison de la prestation de soins
- b) en raison de la qualité de l'assuré

V. INDU

VI. RECOURS

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Plan synthétique de la Liste des Produits et Prestations Remboursables

ANNEXE 2 : Prise en charge des fauteuils roulants

1. Conditions administratives et de procédure
2. Condition médicale d'incapacité de marcher
 - a) Fauteuils roulants manuels
 - b) Fauteuils roulants électriques
 - c) Fauteuils roulants verticalisateurs

ANNEXE 3 : Schéma de la procédure de prise en charge des ortho-prothèses sur mesure, aux prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques

La prise en charge d'un dispositif médical à usage individuel et des produits et prestations que le code de la sécurité sociale associe à ces dispositifs (**communément appelés aides techniques**), dépendra de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR ou LPP) et du respect des conditions précisées dans cette liste.

La liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (ex-T.I.P.S. : tarif interministériel des prestations sanitaires) comprend l'ensemble des fournitures et appareils à usage médical qui peuvent être pris en charge par les caisses d'assurance maladie. Les dispositifs médicaux et les autres produits et prestations que la loi leur assimile, y sont inscrits, soit sous la forme d'une description générique, soit « en nom de marque », c'est-à-dire sous une dénomination commerciale spécifique.

Il s'agit notamment :

- des dispositifs médicaux pour traitements
- des matériels d'aide à la vie,
- des aliments diététiques
- des articles pour pansements,
- des orthèses et prothèses externes,
- des dispositifs médicaux implantables
- et des véhicules pour personne en situation de handicap physique.

Il s'agit donc d'un ensemble très disparate de produits et prestations, vendus par des professionnels variés de statuts différents (professionnels de santé ou non). Le nombre de dispositifs médicaux remboursés est estimé à plus de 60 000 soit un chiffre largement supérieur à celui des médicaments.

La liste précise la base tarifaire de remboursement, elle est préparée par une instance nationale : la commission consultative des Prestations sanitaires.

La parution au journal officiel des textes élaborés par cette commission rend effective et applicable l'inscription d'une fourniture ou d'une modification.

I. LES PRODUITS ET PRESTATIONS CONCERNES

Le code de la sécurité sociale évoque¹ :

- Les dispositifs médicaux à usage individuel,
- les tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et leurs dérivés,
- les produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17
- les prestations de services et d'adaptation associées à ces produits.

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs².

Les produits et prestations visés sont notamment :

- les dispositifs médicaux pour traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques
- les dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
- les dispositifs médicaux pour auto traitement et autocontrôle
- les dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital
- les produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration
- les dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
- les lits et matériels pour lits
- les dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
- les articles pour pansements, matériel de contention
- l'optique médicale
- les appareils électroniques correcteurs de surdité
- les prothèses externes non orthopédiques
- les prothèses oculaires et faciales
- les dispositifs médicaux implantables d'origine synthétique
- les dispositifs médicaux implantables issus de dérivés d'origine animale non viables ou en comportant
- les implants issus de dérivés humains, greffons
- les dispositifs médicaux implantables actifs
- les fauteuils roulants
- les poussettes et fauteuils roulants à pousser
- les tricycles à propulsion manuelle ou podale
- les adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants

¹ Article L 165-1 du Code de la sécurité sociale

² Article L5211-1 du Code de la santé publique

II. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées sont remboursés dans des conditions différentes selon qu'il s'agit:

- de produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP)
- de produits conçus sur mesure ne figurant pas sur cette liste.

2.1. Conditions de prise en charge des produits inscrits sur la LPP

Pour pouvoir être remboursés, les dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées doivent répondre aux conditions suivantes :

a) le produit doit figurer sur la LPP

Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées est subordonné à leur inscription sur une liste appelée liste des produits et prestations (LPP)³ : ces dispositifs ne peuvent être remboursés que s'ils figurent sur cette dernière⁴.

b) le produit doit répondre aux conditions particulières fixées le cas échéant par la LPP

La liste portant inscription de ces dispositifs précise, le cas échéant, les spécifications techniques, les indications thérapeutiques ou diagnostiques mais également **les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ou de la prestation ouvrant droit à la prise en charge**⁵.

L'inscription sur la LPP peut être assortie, **pour certains produits ou prestations particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à une ou plusieurs indications**, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge que selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du dispositif sur la liste, une fiche d'information thérapeutique établie par la commission d'évaluation des produits et prestations. Cette fiche rappelle les indications de prise en charge, les modalités de prescription, d'utilisation et, le cas échéant, la durée du traitement⁶.

c) pour la prise en charge de son renouvellement, le produit doit répondre à des conditions supplémentaires

Le renouvellement des dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que des médicaments et prestations associées et qui sont inscrits sur la LPP, est pris en charge⁷ :

³ Article L.165-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale renvoyant à L.162-17 du code de la sécurité sociale

⁴ Article R.165-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

⁵ Article R.165-1 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

⁶ Article R.165-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

⁷ Article R.165-24 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

- 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 fixée par l'arrêté d'inscription, lorsque cette durée est écoulée. Toutefois, l'organisme peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin-conseil. Les frais de renouvellement ou de réparation des produits inscrits sur la LPP ne peuvent être pris en charge qu'une fois leur délai de garantie écoulé⁸.

2.2. Conditions de prise en charge des produits conçus sur-mesure ne figurant pas sur la LPP

Les organismes de prise en charge peuvent, après avis du médecin-conseil, décider de prendre en charge, sur facture, au vu d'un devis, 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 liste des produits et prestations⁹. **La prise en charge de ces produits est donc facultative** pour les caisses primaires d'assurance maladie.

⁸ Article R.165-24 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

⁹ Article R.165-25 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

III. PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE

Pour obtenir une prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs présentés précédemment, il faut que ce dispositif ait fait l'objet d'une prescription par un professionnel de santé. En outre, dans de nombreux cas, la prise en charge est subordonnée à une entente préalable obtenue auprès de la caisse d'assurance maladie de l'assuré : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisse de la mutualité sociale agricole (MSA) ou caisse mutuelle régionale selon sa profession.

Une procédure particulière est prévue pour la prise en charge des ortho-prothèses sur mesure, des prothèses oculaires et des chaussures orthopédiques.

3.1. Procédure générale

a) Prescription par un professionnel de santé

Les dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées sont remboursés sur prescription d'un médecin, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un infirmier ou d'un opticien-lunetier¹⁰.

b) Demande d'entente préalable

La prise en charge de certains des produits ou prestations inscrits sur la LPP peut être subordonnée à une entente préalable de la CPAM, de la caisse MSA ou de la caisse mutuelle régionale, selon le cas, donnée après avis du médecin-conseil¹¹.

Le médecin traitant ou le professionnel de santé consulté par l'assuré informera ce dernier de la nécessité d'effectuer une demande d'entente préalable.

Ce médecin, ou l'auxiliaire médical, remplit la partie du formulaire de demande d'entente préalable qui lui est destinée.

L'assuré doit compléter la partie qui lui est réservée et envoyer immédiatement, sous enveloppe, les deux volets de l'imprimé, accompagnés de la prescription médicale au médecin conseil de la CPAM, de la caisse MSA ou de la caisse mutuelle régionale.

L'accord de la caisse primaire d'assurance maladie à la demande d'entente préalable est acquis à défaut de réponse de cette dernière, dans un délai de quinze jours suivant la réception de la demande d'entente préalable¹².

¹⁰ Article R.165-1 du code de la sécurité sociale

¹¹ Article R.165-23 du code de la sécurité sociale

¹² Article R.165-23 du code de la sécurité sociale

3.2. Procédure spécifique aux ortho-prothèses sur mesure, aux prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques (consultation médicale d'appareillage)

3.2.1. Première acquisition

cf Schéma de la procédure en annexe

a) Prescription médicale

Les ortho-prothèses sur mesure, prothèses oculaires et chaussures orthopédiques sont remboursées sur prescription médicale.

L'assuré doit adresser la prescription des ortho-prothèses sur mesure, des prothèses oculaires et des chaussures orthopédiques simultanément¹³ :

- à l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié ou au service compétent du ministère chargé des anciens combattants ;
- et au centre d'appareillage dépendant de ce service ou, le cas échéant, de la caisse régionale d'assurance maladie.

b) Consultation médicale d'appareillage

- o Si la prescription émane d'un médecin chef d'un centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou d'un médecin spécialiste :

Le centre d'appareillage établit le bon de commande conformément à la prescription du médecin ; il le transmet à l'intéressé et à l'organisme d'assurance maladie dont celui-ci relève, ou au service compétent du ministère chargé des anciens combattants¹⁴.

L'intéressé s'adresse au fournisseur de son choix¹⁵.

Les centres d'appareillage contrôlent la bonne exécution et la bonne adaptation des appareils pour lesquels ils ont fait savoir aux assurés qu'ils souhaitaient effectuer ce contrôle, ou lorsque les intéressés le demandent¹⁶.

- o Si la prescription n'émane pas d'un médecin chef d'un centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou d'un médecin spécialiste :

Lorsque la prescription n'émane pas d'un médecin chef d'un centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou d'un médecin spécialiste ou compétent dans les disciplines déterminées par arrêté ministériel, **l'assuré est invité par le centre, dans les quinze jours qui suivent la réception de la prescription, à se présenter à une consultation médicale d'appareillage**. L'intéressé peut également demander à se rendre à cette consultation¹⁷.

¹³ Articles R. 165-26 et R.165-27 du code de la sécurité sociale

¹⁴ Article R.165-28 du code de la sécurité sociale

¹⁵ Article R.165-28 du code de la sécurité sociale

¹⁶ Article R.165-29 du code de la sécurité sociale

¹⁷ Article R.165-30 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

L'examen porte sur les besoins de l'intéressé, qui est conseillé dans le choix de l'appareil, et il aboutit à l'établissement du bon de commande. Celui-ci vaut acceptation de la demande lorsque l'entente préalable est nécessaire¹⁸.

3.2.2. Renouvellement

Le renouvellement d'un appareil est pris en charge sur **prescription médicale**.

Le renouvellement de certains appareils est soumis à la **consultation médicale d'appareillage**¹⁹ :

- des appareils destinés aux enfants de moins de dix-huit ans qui n'ont pas été prescrits par un médecin chef d'un centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou un médecin spécialiste ;
- des appareils dont le renouvellement a été demandé avant l'expiration de leur durée normale d'usage, lorsqu'elle a été fixée par l'arrêté d'inscription sur la LPP.

¹⁸ Article R.165-30 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

¹⁹ Article R.165-30 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

IV. TAUX ET MODALITES DE REMBOURSEMENT

Les dispositifs médicaux, et autres produits associés, figurant sur la LPP, sont remboursés sur la base d'un tarif dit « de responsabilité », à hauteur d'un taux variant selon les situations entre 65% et 100%.

4.1. Tarif de responsabilité

Les dispositifs médicaux, et autres produits associés, figurant sur la LPP, sont remboursés sur la base d'un tarif dit « de responsabilité ». Le tarif de responsabilité est le tarif retenu par l'assurance maladie comme base de remboursement.

La LPP fait apparaître les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom²⁰.

A noter : depuis le 3 février 2009, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les tarifs des aides techniques et prothèses dentaires sont majorés de 1,5%²¹, dans la limite des frais réellement engagés lorsque leur prix n'est pas imposé administrativement²².

4.2. Taux de remboursement

Frais médicaux	Cas général	Régime d'Alsace- Moselle	Bénéficiaires du FSV / ASPA
Optique	65 %	90 %	80 %
Prothèses auditives	65 %	90 %	80 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	65 %	90 %	80 %
Orthopédie	65 %	90 %	80 %
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %	100 %

4.2.1. Prise en charge à hauteur de 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%²³.

4.2.2. Prise en charge à hauteur de 80%

Les dispositifs médicaux, tissus et cellules et produits de santé autres que les médicaments et prestations associées sont pris en charge à hauteur de 80% pour les assurés titulaires, au titre d'un avantage de vieillesse²⁴ :

- **de l'allocation supplémentaire ;**

²⁰ Article L.165-2 du code de la sécurité sociale

²¹ Article 1^{er} de l'arrêté du 3 février 2009

²² Article L432-3 du code de la sécurité sociale

²³ Art. R.322-1 du code de la sécurité sociale

²⁴ Article R.322-3 du code de la sécurité sociale

- ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

4.2.3. Prise en charge à hauteur de 90%

Les personnes qui relèvent du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle bénéficient, d'une prise en charge des dispositifs médicaux, et produits assimilés, figurant sur la LPP à hauteur de 90%²⁵.

4.2.4. Prise en charge à hauteur de 100%

Toutefois, par dérogation, dans certains cas particuliers, la prise en charge par l'Assurance maladie s'effectue à hauteur de 100%²⁶. Cette exonération de participation de l'assuré peut ainsi être accordée :

a) en raison de la prestation de soins

Les assurés bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 100% pour :

- **les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des ortho prothèses et des véhicules pour personne en situation de handicap physique figurant sur la liste des produits et prestations**²⁷.
Il en est de même des frais de réparation et de renouvellement²⁸ (dans la limite cependant d'un certain montant et d'une certaine durée indiqués dans la LPP).
- les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain²⁹.
- l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif³⁰.
- l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance³¹.
- les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de la caisse prononçant la suppression de la participation fixe la durée de la période d'exonération³².
- les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes de viols, d'autres agressions sexuelles, ou de mise en péril, pour la durée du traitement³³.

b) en raison de la qualité de l'assuré

Sont exonérés de toute participation et sont donc pris en charge à hauteur de 100% des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale, les assurés :

²⁵ Art. L.325-1 du code de la sécurité sociale; <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport-mode-d-8217-emploi/le-remboursement-de-vos-frais-de-transport-aff.php>

²⁶ Art. L.322-3 du code de la sécurité sociale

²⁷ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

²⁸ Lettre ministérielle n°AG 5272 du 13 mai 1957

²⁹ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

³⁰ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

³¹ Art. R.322-9, I, 1° du code de la sécurité sociale

³² Art. R.322-9, I, 2° du code de la sécurité sociale

³³ Art. R.322-9, II, du code de la sécurité sociale

- **titulaires d'une pension d'invalidité**, de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, les assurés renonçant à la substitution de leur pension d'invalidité en pension de vieillesse exerçant une activité professionnelle après 60 ans, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes³⁴.
- **titulaires d'une rente ou allocation allouée en application des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles correspondant à une incapacité de travail au moins égale à 66,66%**, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit³⁵. Il faut noter que, pour les accidentés du travail, les tarifs des aides techniques et prothèses dentaires sont, depuis le 3 février 2009, majorés de 1,5%³⁶, dans la limite des frais réellement engagés lorsque leur prix n'est pas imposé administrativement³⁷.
- **titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre cinquante-cinq et soixante ans d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité**, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes³⁸.
- **reconnus atteints d'une des 30 affections de longue durée** comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur liste³⁹ ou reconnus par le contrôle médical atteint d'une affection hors liste et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse⁴⁰.

³⁴ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

³⁵ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

³⁶ Article 1^{er} de l'arrêté du 3 février 2009

³⁷ Article L432-3 du code de la sécurité sociale

³⁸ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

³⁹ Art. R.322-5 du code de la sécurité sociale

⁴⁰ Art. R.322-5 à R.322-8 du code de la sécurité sociale

V- INDU

En cas de paiement ou de remboursement indu d'un dispositif médical, la caisse d'assurance maladie pourra récupérer les sommes versées à tort.

L'action de l'organisme payeur en recouvrement de prestations d'assurance maladie indûment payées, se prescrit au terme de deux ans, sauf fraude ou fausse déclaration⁴¹.

Les caisses de sécurité sociale peuvent différer ou abandonner le recouvrement des sommes indûment versées lorsque le montant de la créance est inférieur à 19 euros⁴².

L'indu peut être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir⁴³.

⁴¹ Article L.332-1 du code de la sécurité sociale

⁴² Article D.611-43 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

⁴³ Article L.134-4-1 du code de la sécurité sociale

VI-RECOURS

Les décisions rendues par une caisse primaire d'assurance maladie en matière de prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel des assurés sociaux peuvent faire l'objet de recours par les intéressés.

5.1. Recours amiable

Les décisions de la caisse primaire d'assurance maladie doivent, dans un premier temps, être contestées devant la commission de recours amiable de la caisse⁴⁴.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. L'expiration du délai ne peut être opposée aux intéressés que si la notification porte mention de ce délai.

5.2. Recours contentieux

Par la suite, le tribunal des affaires de sécurité sociale peut être saisi, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter⁴⁵ :

- soit de la date de la notification de la décision ;
- soit de l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale au bout duquel la décision du conseil d'administration ou de la commission de recours amiable n'a pas porté de décision à la connaissance du requérant qui peut alors considérer sa demande comme rejetée.

⁴⁴ Article R.142-1 du code de la sécurité sociale

⁴⁵ Article R.142-18 du code de la sécurité sociale

ANNEXES

ANNEXE 1 : Plan synthétique de la Liste des Produits et Prestations

Titre I. Dispositifs médicaux pour traitements, aides à la vie, aliments et pansements

- Chapitre 1. Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques
 - Dispositifs médicaux pour traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques
 - Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
 - Dispositifs médicaux pour auto traitement et autocontrôle
 - Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital
 - Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration
 - Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
 - Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers
- Chapitre 2. Dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés
 - Lits et matériels pour lits
 - Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
- Chapitre 3. Articles pour pansements, matériel de contention
(...)

Titre II. Orthèses et prothèses externes

- Chapitre 1. Optique médicale
(...)
- Chapitre 2. Appareils électroniques correcteurs de surdité
(...)
- Chapitre 3. Prothèses externes non orthopédiques
(...)
- Chapitre 4. Prothèses oculaires et faciales
(...)

Titre III. Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons d'origine humaine

- Chapitre 1. Dispositifs médicaux implantables d'origine synthétique
(...)
- Chapitre 2. Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés d'origine animale non viables ou en comportant
(...)
- Chapitre 3. Implants issus de dérivés humains, greffons
(...)
- Chapitre 4. Dispositifs médicaux implantables actifs
(...)

Titre IV. Véhicules pour handicapés physiques

- Chapitre 1. Fauteuils roulants
 - Fauteuils roulants à propulsion manuelle
 - Fauteuils à propulsion par moteur électrique
 - Fauteuil roulants verticalisateurs
- Chapitre 2. Véhicules divers
 - Poussettes et fauteuils roulants à pousser
 - Tricycles à propulsion manuelle ou podale
- Chapitre 3. Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants
 - Adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants
 - Réparations applicables aux fauteuils roulants
 - Adjonctions et/ou options aux véhicules divers
- 4.3.4. Réparations applicables aux véhicules divers

ANNEXE 2 : Prise en charge des fauteuils roulants

1- CONDITIONS ADMINISTRATIVES ET DE PROCEDURE

La prise en charge des fauteuils roulants est subordonnée :

- **à une prescription médicale** détaillant éventuellement le modèle du fauteuil roulant ainsi que les adjonctions et les options. La prise en charge des réparations d'un fauteuil roulant pour personne en situation de handicap physique, qui a obtenu la prise en charge de son achat selon les modalités précisées ici, est assurée sur présentation de la facture détaillée sans nécessité d'une prescription médicale préalable ;
- **à un contrôle de la conformité du véhicule** aux spécifications techniques par un laboratoire compétent et indépendant;
- **à l'existence, pour les véhicules pour personnes en situation de handicap physique 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.
- **à une entente préalable** de la caisse d'assurance maladie, pour certains fauteuils. En effet, la prise en charge des fauteuils roulants inscrits sur la LPP peut être subordonnée à une entente préalable donnée après avis du médecin-conseil. L'accord de l'organisme est acquis à défaut de réponse dans le délai de quinze jours qui suit la réception de la demande d'entente préalable.
 - Fauteuils roulants manuels : la prise en charge n'est pas soumise à une demande d'entente préalable, à l'exception des véhicules pour handicapé physique, fauteuil roulant à propulsion manuelle évolutif pour jeunes enfants à partir de 18 mois qui y sont soumis.
 - Fauteuils roulants électriques et fauteuils verticalisateurs: la prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable.
- **à un essai préalable, pour les fauteuils roulants électriques et fauteuils roulants verticalisateurs.** Leur 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, 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.

2- CONDITIONS MEDICALES

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 remplissent les conditions ci-dessus et qui, par ailleurs, présentent une instabilité du tronc en position assise, un déficit de la flexion d'une ou des deux hanches.

a) Fauteuils roulants manuels :

De manière générale, 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, par ailleurs, dans la capacité de propulser un fauteuil roulant à roues motrices arrière.

La prise en charge d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle évolutif pour jeunes enfants à partir de 18 mois 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 d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle pour activités physiques et sportives est assurée pour les personnes pratiquant une activité physique et/ou sportive occasionnelle et régulière (y compris à titre de loisir). 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.

b) Fauteuils roulants électriques :

La prise en charge d'un fauteuil roulant à propulsion 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 d'un fauteuil roulant électrique à assise adaptée à la personne, avec repose-pieds, accoudoirs, dossier réglable avec platines crantées est assurée pour les personnes remplissant les conditions générales ci-dessus et qui par ailleurs nécessitent une stabilisation de la partie supérieure du corps.

La prise en charge d'un fauteuil roulant électrique à assise adaptée à la personne, avec repose-jambes, dossier et inclinaison du siège réglables par vérin pneumatique et appui-tête est assurée pour les personnes remplissant les conditions générales ci-dessus et nécessitant une stabilisation de tout le corps.

c) Fauteuils roulants verticalisateurs :

La prise en charge est assurée pour les personnes handicapées dont l'état de santé nécessite une verticalisation régulière et qui sont l'impossibilité de se verticaliser sans aide.

La prise en charge d'un fauteuil roulant verticalisateur, à propulsion manuelle et à verticalisation manuelle assistée nécessitant l'usage d'une seule main est assurée pour les personnes ne disposant pas de la maîtrise des deux membres supérieurs simultanément.

La prise en charge d'un fauteuil roulant verticalisateur, à propulsion manuelle et à verticalisation électrique est assurée pour les personnes n'ayant pas la possibilité ou la force de se verticaliser à l'aide d'un système manuel.

La prise en charge d'un fauteuil roulant verticalisateur, à propulsion électrique et à verticalisation 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,
- et n'ayant pas la possibilité ou la force de se verticaliser à l'aide d'un système manuel.

3- TAUX DE PRISE EN CHARGE

L'assuré et ses ayants droit, bénéficiaires de l'assurance maladie, bénéficient, pour la prise en charge des véhicules pour handicapés physiques, d'une exonération du ticket modérateur⁴⁶. Les fauteuils roulants sont en conséquence pris en charge à hauteur de 100% des tarifs de Sécurité sociale, sans participation de l'assuré.

4- PRISE EN CHARGE DE PLUSIEURS TYPES DE FAUTEUILS DONT VERTICALISATEUR

La prise en charge d'un fauteuil verticalisateur n'exclut pas celle d'un autre type de fauteuil (autre que verticalisateur) inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables.

⁴⁶ Arrêté du 16 décembre 1954, JO du 25 décembre 1954

ANNEXE 3 : Schéma de la procédure de prise en charge des ortho-prothèses sur mesure, aux

prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques

