

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :  
09/02/90

Origine :  
ENSM

Mmes et MM les Médecins-Conseils Régionaux  
M le Médecin Conseil Chef de La Réunion

Réf. :  
ENSM      n°      1345/90

Plan de classement :  
2453

Objet :  
PRISE EN CHARGE D'ANTIBIOTHERAPIE AMBULATOIRE A DOMICILE POUR LE TRAITEMENT  
DE LA MUCOVISCIDOSE  
Documents pouvant servir d'aide à la décision pour les Médecins-Conseils dans le cadre de la prise en charge  
de cure d'antibiothérapie ambulatoire.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet : IMMEDIATE  
Dossier suivi par : Dr CHATON  
Téléphone : 42.79.35.56

Date de Réponse :



## **Echelon National du Service Médical**

Mmes et MM les Médecins-Conseils Régionaux  
M le Médecin Conseil Chef de La Réunion

09/02/90

**Origine :**  
ENSM

**N/Réf. :** ENSM n° 1345/90

Mon Cher Confrère,

Vous avez été destinataire de la circulaire DGR 2423 - ENSM 1321/89 du 23 novembre 1989 pour l'application de l'arrêté du 31 août 1989, JO du 24 septembre 1989, annexe I, relatif à la prise en charge des cures d'antibiothérapie à domicile pour le traitement de la mucoviscidose.

Il me paraît utile, pour l'aide à la décision des Médecins Conseils, de vous faire parvenir :

- des extraits de la lettre de l'Association Française de Lutte contre la Mucoviscidose (AFLM) aux médecins concernés par ces soins et aux parents de patients,
- des documents des laboratoires Labodial précisant les contenus des "sets" de matériel consommable,
- un modèle d'étiquette tel qu'il devra apparaître sur les volets de facturation.

Au niveau du secteur associatif, les choses devraient être relativement simples puisque tous les acteurs sont informés des circuits et de ce qu'ils ont à faire.

Hors association, quelques difficultés pourraient surgir, ces documents devraient permettre d'y remédier.

Ces cures antibiotiques concerneraient 1500 malades parmi lesquels 200 seraient suivis à domicile ; ces dispositions devraient faire croître leur nombre.

Les laboratoires LABODIAL n'ont pas le monopole de ces "sets", la CNAMTS et l'ENSM ont été amenés à les rencontrer parce qu'ils étaient les seuls sur ce marché qui reste ouvert. Les pharmaciens d'officine restent habilités à délivrer ces types de produits. Les laboratoires LABODIAL nous ont dit être disposés à les approvisionner avec l'étiquette type.

Je vous prie de croire, Mon Cher Confrère, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

*Professeur Claude BERAUD*  
Médecin Conseil National

# AFLM

---

## ASSOCIATION FRANCAISE DE LUTTE CONTRE LA MUCOVISCIDOSE

### Destinataires

- Les membres du Comité Médical de l'AFLM
- les médecins concernés par les soins de la mucoviscidose

N/Réf.  
MP/SK

Paris,  
le 28 septembre 1989.

Chère Madame, Cher Monsieur,

C'est une grande victoire pour l'AFLM, Comité Médical et Commission Qualité de la Vie réunis : les soins à domicile de la mucoviscidose sont désormais pris en charge par l'assurance maladie : JO du 14 septembre 1989. Le ministre Claude EVIN l'a annoncé publiquement lors de sa participation à la Virade de Paris le 24 septembre 1989 après-midi.

La CNAM et le Ministère nous ont délégué la mission de solliciter l'aide et la collaboration étroite du Comité Médical de notre Association pour que se mette bien en place la procédure retenue pour le bon acheminement administratif des dossiers de prise en charge de soins à domicile.

Voici ce qu'il faut faire :

**1. Le médecin prescripteur de soins antibiotiques à domicile remplit 3 documents différents :**

- 1.1 une prescription de médicaments en double exemplaire (selon la procédure habituelle),
- 1.2 une prescription de matériel en double exemplaire,
- 1.3 une demande d'entente préalable pour **prise en charge de cures antibiotiques à domicile**, renouvelable tous les ans, en inscrivant la mention : **URGENT**.

.../...

**LA MUCOVISCIDOSE : EN PARLER, C'EST DEJA AIDER**



62, Bd Masséna - Tour Ancone - 75013 PARIS. Tél. (1) 45.82.25.25 - CCP 617 426 W Paris  
Reconnue d'utilité publique - Membre de l'Association Internationale contre la Mucoviscidose

## 2. La prescription de matériel doit comporter les indications suivantes :

### 2.1. "Matériel de traitement et articles pour pansements pour" (voir fiche modèle jointe) :

2.11 Nombre de **jours** de la cure d'antibiothérapie à domicile,

2.12 Nombre de **perfusions** par 24 heures,

2.13 Le mode d'abord vasculaire :

- par cathéter à chambre implantable :
  - . avec aiguille de Huber,
  - . sans aiguille de Huber,
- par cathéter périphérique,

2.14 la technique de perfusion :

- par pousse-seringue,
- par perfuseur de précision :  
(ex. : métriset, ...)
  - . le nombre de perfuseurs par jour,

2.15 - Si cathéter à chambre implantable :

- . le nombre d'héparinisation par mois,
- . le nombre de mois d'héparinisation.

### 2.2 Appareils nécessaires au traitement :

2.21 Système actif de perfusion (pousse-seringue ou pompe),

2.22 achat du pied à sérum à roulettes et du panier de perfusion.

**3. La famille du patient muco ou le patient lui-même présente au médecin la fiche ci-jointe**

sur laquelle le médecin n'a plus qu'à cocher les matériels nécessaires, le nombre de perfusions par jour et le nombre de jours de cure. Ce document permet d'établir le prix du petit matériel (pousse-seringue, etc... non compris) pour toute la cure.

Vous aurez noté que sur cette fiche modèle, le matériel est conçu en "sets" stériles et prêts à l'emploi (en règle générale, un set de ponction par jour et un set de perfusion par injection).

**NB** : C'est sur le bon déroulement de ces 3 premiers points que s'appuie la procédure mise en place ; c'est sur ces points que la CNAM demande votre aide, de manière que les CPAM puissent traiter les dossiers.

**4. La famille adresse à LABODIAL SA, 451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY, le double de l'ordonnance que le médecin a établie, la fiche de matériel (qui permet de calculer le prix à payer pour obtenir le matériel de toute la cure) et le chèque correspondant.** Tout renseignement nécessaire vous sera donné par LABODIAL SA en composant le n° vert suivant (appel gratuit pour celui qui appelle) : 05.01.20.40.

**5. LABODIAL SA expédie le matériel sous 48 heures maximum** (par Chronopost) et franco de port pour toute commande supérieure à 1.500 F., avec la fermeture détaillée, le double de l'ordonnance et le volet de facturation (= feuille maladie) tamponné et portant la mention "acquitté".

**NB** : c'est en raison du seuil du franco de port que l'héparinisation est prescrite et expédiée en même temps que la cure antibiotique, en cas de cathéter à chambre implantable.

**6. LABODIAL SA n'encaissant le chèque que 30 jours après l'expédition, les familles ont le temps de se faire rembourser par leur caisse avant que leur chèque ne soit débité;**



7. **La demande d'entente préalable pour prise en charge de cure antibiotique à domicile** ayant été faite au moment de la prescription avec la mention "**urgent**", et la prescription de matériel étant très précise, le remboursement intervient très vite.

De son côté, la CNAM diffusera la semaine prochaine une circulaire interne aux médecins conseils et aux caisses pour leur expliquer toute cette procédure et faciliter la prise en charge.

C'est de la qualité de la prescription que dépend le bon traitement des dossiers dans les caisses primaires d'assurance maladie.

*Géraldine BURON*  
Présidente de la Commission  
Qualité de la Vie

*Marine POUTHIER*  
Délégué Général

**P.J.** : - fiche de matériel  
- exemple d'ordonnance.

## FICHE DE MATERIEL POUR ANTIBIOTHERAPIE IV A DOMICILE

| Matériel                                                                                                                                                                                                             | Prix unitaire TTC                        | Quantité par jour               | Total                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Set pour cathéter à chambre implantable sans aiguille de Huber (1/jour)<br>OU<br>Set pour cathéter à chambre implantable avec aiguille de Huber (1/jour)<br>OU<br>Set pour cathéter périphérique (1/jour)<br>PLUS | 39,04 F.<br><br>47,48 F.<br><br>54,08 F. | .....<br><br>.....<br><br>..... | ..... F.<br><br>..... F.<br><br>..... F. |
| 2. Set pour pousse-seringue (1/perfusion)<br>OU<br>Set pour perfuseur de précision (ex. métrisetette...) (1/perfusion)<br><br>Nombre de perfuseurs par jour                                                          | 79,46 F.<br><br>42,22 F.<br><br>26,09 F  | .....<br><br>.....<br><br>..... | ..... F.<br><br>..... F.<br><br>..... F. |
| TOTAL par jour de cure                                                                                                                                                                                               | (A)                                      |                                 | ..... F.                                 |
| NOMBRE DE JOURS DE CURE A DOMICILE                                                                                                                                                                                   | (B)                                      |                                 | ..... F.                                 |
| TOTAL POUR LA PERIODE DE CURE                                                                                                                                                                                        | C = (A) x (B)                            |                                 | ..... F.                                 |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                          | Quantité totale                 |                                          |
| 3. Set d'héparinisation avec aiguille de Huber montée sur prolongateur :<br>Nombre d'héparinisation par mois<br>X nombre de mois                                                                                     | 34,60 F.                                 | .....                           | ..... F.<br>(D)                          |

# ***AFLM***

ASSOCIATION FRANCAISE DE LUTTE  
CONTRE LA MUCOVISCIDOSE

6.

|               |           |          |
|---------------|-----------|----------|
| MONTANT TOTAL | (C) + (D) | ..... F. |
|---------------|-----------|----------|

***EXEMPLE D'ORDONNANCE DE PETIT MATERIEL  
POUR SOINS A DOMICILE***

**Nom, Prénom**

Matériel de traitement et articles pour pansements pour :

- 1) 1 cure d'antibiothérapie de 14 jours à raison de 3 perfusions/jour par cathéter à chambre implantable avec aiguille de Huber montée, à l'aide d'un pousse-seringue.
- 2) 2 héparinisations par mois pendant 2 mois.

Paris,  
le 28 septembre 1989.

# AFLM

---

## ASSOCIATION FRANCAISE DE LUTTE CONTRE LA MUCOVISCIDOSE

### Destinataires

Tous les parents adhérents à l'AFLM  
Tous les muco adultes

N/Réf.  
MP/SK

Paris,  
le 28 septembre 1989.

Chers Amis

C'est une grande victoire pour l'AFLM, les soins à domicile de la mucoviscidose sont désormais pris en charge par l'assurance maladie : JO du 14 septembre 1989 et JO du 24 septembre 1989. Le ministre Claude EVIN l'a annoncé publiquement lors de sa participation à la Virade de Paris le 24 septembre 1989 après-midi.

Une réunion s'est tenue à la CNAM pour que se mette bien en place la procédure retenue pour le bon acheminement administratif des dossiers de prise en charge de soins à domicile.

Voici ce qu'il faut faire :

- 1. Le médecin prescripteur de soins antibiotiques à domicile remplit 3 documents différents :**
  - 1.1 une prescription de médicaments en double exemplaire (selon la procédure habituelle),
  - 1.2 une prescription de matériel en double exemplaire,
  - 1.3 une demande d'entente préalable pour **prise en charge de cures antibiotiques à domicile**, renouvelable tous les ans, en inscrivant la mention : **URGENT**.

.../...

**LA MUCOVISCIDOSE : EN PARLER, C'EST DEJA AIDER**



62, Bd Masséna - Tour Ancone - 75013 PARIS. Tél. (1) 45.82.25.25 - CCP 617 426 W Paris  
Reconnue d'utilité publique - Membre de l'Association Internationale contre la Mucoviscidose



## 2. La prescription de matériel doit comporter les indications suivantes :

### 2.1. "Matériel de traitement et articles pour pansements pour" (voir fiche modèle jointe) :

2.11 Nombre de **jours** de la cure d'antibiothérapie à domicile,

2.12 Nombre de **perfusions** par 24 heures,

2.13 Le mode d'abord vasculaire :

- par cathéter à chambre implantable :
  - . avec aiguille de Huber,
  - . sans aiguille de Huber,
- par cathéter périphérique,

2.14 la technique de perfusion :

- par pousse-seringue,
- par perfuseur de précision :  
(ex. : métriset, ...)
  - . le nombre de perfuseurs par jour,

2.15 - Si cathéter à chambre implantable :

- . le nombre d'héparinisation par mois,
- . le nombre de mois d'héparinisation.

### 2.2 Appareils nécessaires au traitement :

2.21 Système actif de perfusion (pousse-seringue ou pompe),

2.22 achat du pied à sérum à roulettes et du panier de perfusion.

### 3. Vous présentez au médecin la fiche jointe

sur laquelle le médecin n'a plus qu'à cocher les matériels nécessaires, le nombre de perfusions par jour et le nombre de jours de cure. Ce document permet d'établir le prix du petit matériel (pousse-seringue, etc... non compris) pour toute la cure.

Vous aurez noté que sur cette fiche modèle, le matériel est conçu en "sets" stériles et prêts à l'emploi (en règle générale, un set de ponction par jour et un set de perfusion par injection).

4. **Vous adressez à LABODIAL SA, 451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY**, le double de l'ordonnance que le médecin a établie, la fiche de matériel (qui permet de calculer le prix à payer pour obtenir le matériel de toute la cure) et le chèque correspondant. Tout renseignement nécessaire vous sera donné par LABODIAL SA en composant le n° vert suivant (appel gratuit pour celui qui appelle) : 05.01.20.40.

5. **LABODIAL SA vous expédie le matériel sous 48 heures maximum** (par Chronopost) et franco de port pour toute commande supérieure à 1.500 F., avec la facture détaillée, le double de l'ordonnance et le volet de facturation (= feuille maladie) tamponné et portant la mention "acquitté".

**NB** : c'est en raison du seuil du franco de port que l'héparinisation est prescrite et expédiée en même temps que la cure antibiotique, en cas de cathéter à chambre implantable.

6. **LABODIAL SA** n'encaissant votre chèque que 30 jours après l'expédition, vous avez le temps de vous faire rembourser par votre caisse (sous 16 jours maximum en principe précise la CNAM) avant que votre chèque ne soit débité;
7. **La demande d'entente préalable pour prise en charge de cure antibiotique à domicile** ayant été faite par le médecin (veillez-y !) au moment de la prescription avec la mention "**urgent**", et la prescription de matériel étant très précise, le remboursement intervient très vite.

De son côté, la CNAM diffusera la semaine prochaine une circulaire interne aux médecins conseils et aux caisses pour leur expliquer toute cette procédure et faciliter la prise en charge.



C'est grâce à vous tous que ce dossier difficile a enfin pu aboutir. C'est grâce à votre vigilance, à l'attention que vous porterez au respect des consignes données par le Ministère et par la CNAM, et qui sont exposées dans ce courrier, que votre dossier sera vite et bien traité par votre CPAM.

Souvenez-vous finalement que c'est de la qualité de la prescription que dépend le bon déroulement de la procédure.

Nous sommes fiers de vous présenter cette réalisation tant attendue.

Très amicalement, à bientôt pour notre prochain dossier !

*Géraldine BURON*  
Présidente de la Commission  
Qualité de la Vie

*Marine POUTHIER*  
Délégué Général

**P.J.** : - fiche de matériel  
- exemple d'ordonnance.

## FICHE DE MATERIEL POUR ANTIBIOTHERAPIE IV A DOMICILE

| Matériel                                                                                                                                                                                                             | Prix unitaire TTC                        | Quantité par jour               | Total                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Set pour cathéter à chambre implantable sans aiguille de Huber (1/jour)<br>OU<br>Set pour cathéter à chambre implantable avec aiguille de Huber (1/jour)<br>OU<br>Set pour cathéter périphérique (1/jour)<br>PLUS | 39,04 F.<br><br>47,48 F.<br><br>54,08 F. | .....<br><br>.....<br><br>..... | ..... F.<br><br>..... F.<br><br>..... F. |
| 2. Set pour pousse-seringue (1/perfusion)<br>OU<br>Set pour perfuseur de précision (ex. métrisetette...) (1/perfusion)<br><br>Nombre de perfuseurs par jour                                                          | 79,46 F.<br><br>42,22 F.<br><br>26,09 F  | .....<br><br>.....<br><br>..... | ..... F.<br><br>..... F.<br><br>..... F. |
| TOTAL par jour de cure                                                                                                                                                                                               | (A)                                      |                                 | ..... F.                                 |
| NOMBRE DE JOURS DE CURE A DOMICILE                                                                                                                                                                                   | (B)                                      |                                 | ..... F.                                 |
| TOTAL POUR LA PERIODE DE CURE                                                                                                                                                                                        | C = (A) x (B)                            |                                 | ..... F.                                 |
|                                                                                                                                                                                                                      |                                          | Quantité totale                 |                                          |
| 3. Set d'héparinisation avec aiguille de Huber montée sur prolongateur :<br>Nombre d'héparinisation par mois<br>X nombre de mois                                                                                     | 34,60 F.                                 | .....                           | ..... F.<br>(D)                          |

|               |           |          |
|---------------|-----------|----------|
| MONTANT TOTAL | (C) + (D) | ..... F. |
|---------------|-----------|----------|

## ***EXEMPLE D'ORDONNANCE DE PETIT MATERIEL***

### ***POUR SOINS A DOMICILE***

**Nom, Prénom**

Matériel de traitement et articles pour pansements pour :

- 1) 1 cure d'antibiothérapie de 14 jours à raison de 3 perfusions/jour par cathéter à chambre implantable avec aiguille de Huber montée, à l'aide d'un pousse-seringue.
- 2) 2 héparinisations par mois pendant 2 mois.

Paris,  
le 28 septembre 1989.



N° 60-3677

## VOLET DE FACTURATION

DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO  
D'IMMATRICULATION

NOM-Prénom  
(suivi s'il y a lieu  
du nom d'époux)

ADRESSE

CODE POSTAL

### SITUATION DE L'ASSURE(E) A LA DATE DES SOINS

- ☐ ACTIVITE SALARIEE ou arrêt de travail
- ☐ ACTIVITE NON SALARIEE
- ☐ SANS EMPLOI ⇒ Date de cession d'activité
- ☐ PENSIONNE(E)
- ☐ AUTRE CAS ⇒ lequel :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

- S'agit-il d'un accident ? ☐ OUI ☐ NON Date de cet accident :
- Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE  
et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

### SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

- NOM
- Prénom Date de Naissance :
- LIEN avec l'assuré (e) : ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre membre de la famille ☐ Personne vivant mari-  
talement avec l'assuré (e)
- Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle  
ou est-il titulaire d'une pension ? ☐ OUI ☐ NON

### MODE DE REMBOURSEMENT (1)

- ☐ VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE  
Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne  
ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.
  - ☐ Autre mode de paiement
  - ☒ (1) Mettre une croix dans la case  
de la réponse exacte
- J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude  
des renseignements portés ci-dessus.

SONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE  
FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS  
(article L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale,  
1047 du Code Rural, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

\* 3115 \*

## PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

NOM et prénom du malade **(EXEMPLE TYPE - MODELE SANS VALEUR)**

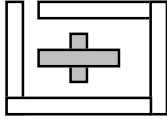
Ordonnance établie par le Docteur

Identifié sous n°

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 1ère FACTURATION<br>DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |       | 1ère ORDONNANCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 2ème FACTURATION<br>DU PHARMACIEN OU DU FOURNISSEUR                                                                                           |                                              |                               |             |  | 2ème ORDONNANCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tarification détaillée<br>ou opérations diverses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Total | L'assuré conserve<br>l'original de l'ordonnance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | Tarification détaillée<br>ou opérations diverses                                                                                              |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | TYPE DE SET<br>d'accessoires<br>steriles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REFERENCE<br>TYPE | Quantité par<br>jour de<br>cure                                                                                                               | Tarif de res-<br>ponsabilité<br>unitaire TTC | Tarif<br>global<br>journalier |             |  | L'assuré (e) conserve<br>l'original de l'ordonnance<br>et adresse le second exemplaire<br>à son organisme<br>d'assurance maladie<br><br>S'il s'agit d'un renouvellement,<br>il (elle) transmet uniquement<br>le présent volet de facturation<br>sans joindre l'ordonnance<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Coller ici<br>les vignettes<br>dans l'ordre<br>de la prescription |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | Chambre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   | 1                                                                                                                                             | 39,04 F                                      | 39,04 F                       |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | Aig. de Huber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | 1                                                                                                                                             | 8,44 F                                       | 8,44 F                        |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | Cathéter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   | .....                                                                                                                                         | 54,08 F                                      | .....                         |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | Par pompe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | .....                                                                                                                                         | 79,46 F                                      | .....                         |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       | Par perfuseur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | 3                                                                                                                                             | 42,22 F                                      | 126,66 F                      |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |       | Perf. de Préc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   | 1                                                                                                                                             | 26,09 F                                      | 26,09 F                       |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | TARIF DE RESPONSABILITE par jour de cure TTC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               | 200,23 F    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | NOMBRE DE JOURS DE CURE A DOMICILE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               | 15          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | TARIF DE RESPONSABILITE POUR LA CURE TTC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               | 3.003,45 F. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | 2 héparinisations par mois, pendant 2 mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Montant brut des produits                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |       | TYPE DE SET<br>d'accessoires<br>steriles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REFERENCE<br>TYPE | Quantité<br>totale                                                                                                                            | Tarif de res-<br>ponsabilité<br>unitaire TTC | Total<br>Inter-cure           |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Somme effectivement perçue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Date de l'ordonnance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |       | Héparinisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   | 4                                                                                                                                             | 26,16 F                                      | 104,64 F                      |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | Aig. de Huber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | 4                                                                                                                                             | 8,44 F                                       | 33,76 F                       |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       | TOTAL FACTURATION : TARIF DE RESPONSABILITE TTC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                               |                                              |                               | 3.141,85 F  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">                         LOBADIAL SA<br/>                         451 Rue de Grignon<br/>                         78450 CHAVENAY<br/>                         Tél. : (1) 30 54 52 78<br/>                         Téléc. : 699 199 F<br/>                         Télécopieur : 30 54 92<br/>                         SIRET : 223 239 119 0001<br/>                         RCS Versailles - APE 2406<br/>                         Sa au capital de 500.000 F.                     </div> |  |       | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 150px;">                         Cachet du pharmacien ou du<br/>fournisseur certifiant, sous sa<br/>responsabilité, la délivrance<br/>des fournitures dans le respect<br/>de la prescription médicale,<br/>ainsi que son paiement. (Article<br/>R 3148 bis du Code de la<br/>Santé Publique). Si le système<br/>du tiers est appliqué, le<br/>mentionner                     </div> |                   | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 150px;">                         CACHET                     </div> |                                              |                               |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

Le pharmacien ne peut délivrer une quantité de médicaments pour une durée supérieure à 1 mois de traitement, exception faite des contraceptifs (code de la Santé Publique, art. 5148 bis).



**LABODIAL** s . a .

451 rue de Grignon - 78450 CHAVENAY

Tél. (1) 30.54.52.78

Fax 699 199 F

Fil. (1) 30.54.92.82

# **MUCOVISCIDOSE**

## ***COMMENT COMPOSER***

### ***UN JOUR DE CURE ?***

Le matériel consommé, nécessaire à la réalisation des actes journaliers en relation avec les perfusions d'antibiotiques peut être regroupé sous forme de "*jour de cure*".

Un jour de cure est caractérisé par 3 paramètres essentiels qui vont aider à préparer un menu adapté :

#### **1. Le nombre de perfusions quotidiennes**

Ce nombre, d'après l'enquête effectuée, serait de 2 ou 3 actes par jour.

#### **2. La technique de ponction de l'abord vasculaire**

- a) par cathéter à chambre implantable :  
qui conduit à l'utilisation quotidienne d'un set adapté (voir SCH 11)
- b) par cathéter périphérique :  
qui conduit à l'utilisation quotidienne d'un set adapté (voir SCH 14)

#### **3. La technique de perfusion**

- a) par pompe pousse-seringue :  
qui conduit à 2 ou 3 utilisations quotidiennes d'un set prévu pour la préparation et la perfusion. (voir SCH 15).
- b) par perfuseur de précision :  
qui conduit à une utilisation quotidienne d'un set prévu pour la préparation et la perfusion. (voir SCH 16).

# ***LA PRESCRIPTION***

Afin de faciliter la tâche du prescripteur, du patient, des caisses de remboursement et du fournisseur, il est important de ne pas omettre de préciser les points suivants dans la prescription concernant le matériel :

**1**

Cure d'antibiothérapie de  jours

**2**

Nombre de perfusions par jour :

**2**

ou

**3**

**3**

Abord vasculaire :

- ☐ par cathéter à chambre implantable

☐ avec aiguille de Huber (coudée 90°, 0,6 x 21 mm)

- ☐ par cathéter périphérique

☐ cathéter Téflon

☐ Epicrânienne

**4**

Technique de perfusion :

- ☐ par pousse-seringue

- ☐ par perfuseur de précision

à raison de  par jour

**5**

Fréquence d'héparinisation du cathéter à chambre implantable

☐ héparinisation par mois

pendant  mois.



**EXEMPLE :**

*Matériel de traitement et articles pour pansements pour*

- *1 cure d'antibiothérapie de 21 jours à raison de 3 perfusions par jour par cathéter périphérique à l'aide de 2 perfuseurs de précision*
- *2 héparinisations par mois pendant 2 mois.*

## LES PRODUITS PROPOSES

Les produits proposés sont présentés sous forme de trousse qui contiennent le matériel nécessaire à l'acte proprement dit et des accessoires destinés à la protection du patient et du soignant.

Leurs compositions ont été étudiées pour présenter ensemble et stérilement les éléments indispensables à chaque acte, ce qui permet de préserver la "chaîne de stérilité".

**LABODIAL S.A.**

451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY

Tél. : (1) 30.54.52.78

Télex : 699 199 F - Fax (1) 30.64.92.92

## SCH11

## SET DE PONCTION POUR CATHETER A CHAMBRE IMPLANTABLE

Contenu :

1 ampoule de sérum physiologique 10 ml

1 seringue 3 pièces 10 ml; montée avec

1 aiguille pompeuse 1,1 x 40

1 prolongateur de 150 mm avec

1 connecteur Luer-Lock mâle et

1 robinet 3 voies

2 doses d'HIBIDIL 25 ml

10 compresse 7,5 x 7,5

2 plaquettes de 2 adhésifs microporeux 2 x 12,5

1 pansement adhésif transparent

1 plateau rigide

1 champ imperméabilisé 450 x 750

2 masques

2 charlottes

1 essuie-mains

1 paire de gants latex

## SCH11 +

## SET DE PONCTION POUR CATHETER A CHAMBRE IMPLANTABLE

Contenu :

1 ampoule de sérum physiologique 10 ml

1 seringue 3 pièces 10 ml; montée avec

1 aiguille pompeuse 1,1 x 40

1 prolongateur de 150 mm avec

1 connecteur luer-lock mâle et

1 robinet 3 voies

2 doses d'HIBIDIL 25 ml

10 compresse 7,5 x 7,5

2 plaquettes de 2 adhésifs microporeux

2 x 12,5

1 pansement adhésif transparent

1 plateau rigide

1 champ imperméabilisé 450 x 750

2 masques

2 charlottes

1 essuie-mains

1 paire de gants latex

1 aiguille de Huber à ailettes

***AFLM***



**LABODIAL S.A.**

451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY

Tél. : (1) 30.54.52.78

Télex : 699 199 F - Fax (1) 30.64.92.92

**SCH12 SET POUR HEPARINISATION DE CATHETER A CHAMBRE IMPLANTABLE**

Contenu :

1 ampoule de sérum physiologique 10 ml  
1 seringue 3 pièces 10 ml; montée avec  
1 aiguille pompeuse 1,1 x 40  
1 seringue 3 pièces 5 ml montée avec :  
1 aiguille pompeuse (1,1 x 40)  
1 dose d'HIBIDIL 25 ml  
10 compresses 7,5 x 7,5  
1 plateau rigide  
1 champ imperméabilisé 450 x 750

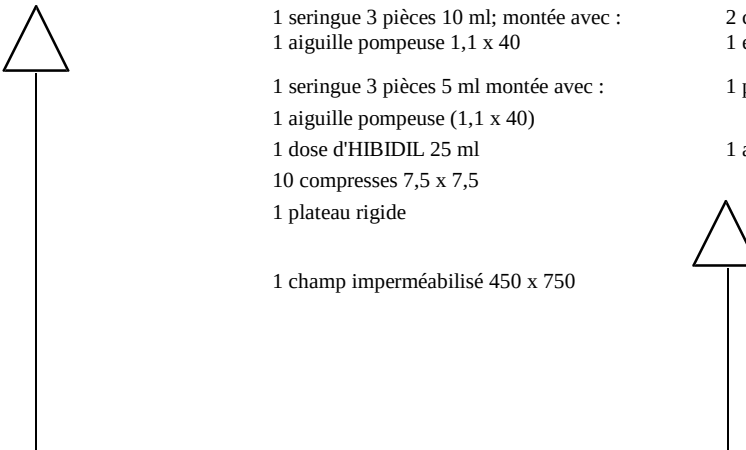
2 masques  
2 charlottes  
1 essuie-mains  
1 paire de gants latex

**SCH12 + SET POUR HEPARINISATION DE CATHETER A CHAMBRE IMPLANTABLE**

Contenu :

1 ampoule de sérum physiologique 10 ml  
1 seringue 3 pièces 10 ml; montée avec :  
1 aiguille pompeuse 1,1 x 40  
  
1 seringue 3 pièces 5 ml montée avec :  
1 aiguille pompeuse (1,1 x 40)  
1 dose d'HIBIDIL 25 ml  
10 compresses 7,5 x 7,5  
1 plateau rigide  
  
1 champ imperméabilisé 450 x 750

2 masques  
2 charlottes  
1 essuie-mains  
  
1 paire de gants latex  
  
1 aiguille de Huber à ailettes

  
**AFLM**



**LABODIAL S.A.**

451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY

Tél. : (1) 30.54.52.78  
Télex : 699 199 F - Fax (1) 30.64.92.92**SCH14****SET DE PONCTION POUR CATHETER PERIPHERIQUE**

## Contenu :

|                                               |                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 cathéter périphérique Téflon                | 1 plateau rigide                 |
| 2 épicroâniennes                              | 1 champ imperméabilisé 450 x 750 |
| 1 ampoule de sérum physiologique 10 ml        |                                  |
| 1 seringue 3 pièces 5 ml montée avec :        | 2 masques                        |
| 1 aiguille pompeuse (1,1 x 40)                | 2 charlottes                     |
| 1 prolongateur de 250 mm avec :               | 1 essuie-mains                   |
| 1 connecteur Luer-Lock mâle et                | 1 paire de gants latex           |
| 1 robinet 3 voies                             |                                  |
| 1 dose d'HIBIDIL 25 ml                        |                                  |
| 5 compresses 7,5 x 7,5                        |                                  |
| 1 plaquette de 2 adhésifs micropieux 2 x 12,5 |                                  |
| 1 pansement adhésif transparent               |                                  |

**SCH15 +****SET DE REMPLISSAGE ET PERFUSION AVEC POUSSE-SERINGUE OU POMPE**

## Contenu :

|                                         |                        |
|-----------------------------------------|------------------------|
| 1 prolongateur 2 m                      | 2 masques              |
| 4 seringues 50 ml                       | 2 charlottes           |
| 2 seringues 5 ml montées avec :         | 1 paire de gants latex |
| 2 aiguilles pompeuses (1,1 x 40)        | 1 essuie-mains         |
| 1 seringue 10 ml ou 20 ml montée avec : |                        |
| 1 aiguille pompeuse (1,1 x 40)          |                        |
| 1 bouchon Luer Lock mâle protégé        |                        |
| 10 compresses 7,5 x 7,5                 |                        |
| 1 plateau                               |                        |
| 1 champ imperméabilisé 450 x 750        |                        |
| 2 doses d'HIBIDIL 25 ml                 |                        |
| 1 gazofix (250 x 60) dans :             |                        |
| 1 essuie mains                          |                        |

---

**AFLM**

---

ASSOCIATION FRANCAISE DE LUTTE  
CONTRE LA MUCOVISCIDOSE

**LABODIAL S.A.**

451 Rue de Grignon - 78450 CHAVENAY

Tél. : (1) 30.54.52.78

Télex : 699 199 F - Fax (1) 30.64.92.92

**SCH16 SET DE REMPLISSAGE ET PERFUSION POUR PERFUSEUR DE PRECISION****Contenu :**

|                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| 2 seringues 5 ml montées avec :      | 2 masques              |
| 2 aiguilles pompeuses (1,1 x 40)     | 2 charlottes           |
| 1 seringue 10 ou 20 ml montée avec : | 1 paire de gants latex |
| 1 aiguille pompeuse (1,1 x 40)       | 1 essuie-mains         |
| 3 aiguilles pompeuses (1,1 x 40)     |                        |
| 10 compresses 7,5 x 7,5              |                        |
| 2 doses d'HIBIDIL 25 ml              |                        |
| 1 bouchon Luer Lock mâle protégé     |                        |
| 1 champ imperméabilisé 450 x 750     |                        |
| 1 gazofix (250 x 60) dans :          |                        |
| 1 essuie-mains                       |                        |
| 1 plateau rigide                     |                        |

**PERFUSEUR DE PRECISION****PRECIDIAL****Contenu :**

1 perfuseur de précision 150 ml  
Graduations de 2 en 2 ml - Bleues sur fond blanc  
Prise d'air filtré 0,20 microns  
Chambre à gouttes avec filtre 60 gouttes par ml  
Prolongateur 1500 mm avec site d'injection latex protégé  
Perforateur pour bouteille ou poche

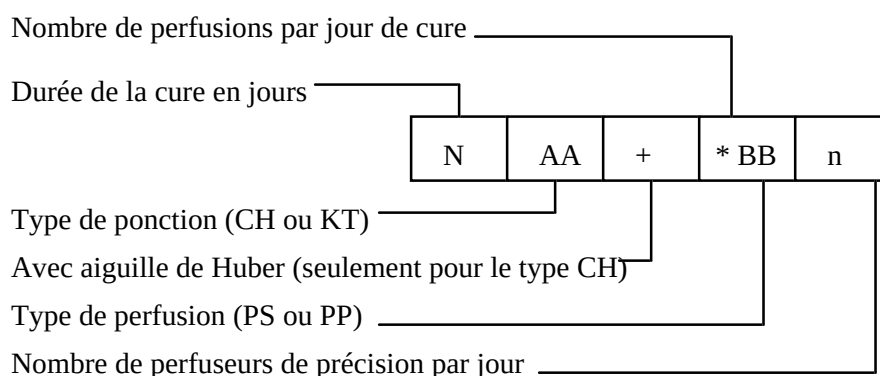
# CONDITIONNEMENT

## EXPEDITIONS

Les références de *jour de cure* qui en découlent ont les compositions suivantes :

| Références | Contenu                  | Ponction perfusion par :                                 |
|------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| CH *PS     | 1 SCH 11 & (*) SCH 15    | Chambre pousse-seringue                                  |
| CH+ *PS    | 1 SCH 11+ & (*) SCH 15   | Chambre pousse-seringue +<br>aiguille                    |
| CH *PP     | 1 SCH 11 & (*) SCH 16    | Chambre perfuseur                                        |
| CH+ *PP    | 1 SCH 11+ & (*) SCH 16   | Chambre perfuseur + aiguille<br>Huber                    |
| CH+ *PPn   | 1 SCH 11+ & (*) SCH 16+n | Chambre perfuseur + aiguille<br>Hubert + n Perfuseur (s) |
| KT *PS     | 1 SCH 14 & (*) SCH 15    | Cathéter pousse-seringue                                 |
| KT *PP     | 1 SCH 14 & (*) SCH 16    | Cathéter perfuseur                                       |
| KT *PPn    | 1 SCH 14 & SCH 16+n      | Cathéter perfuseur<br>+ n perfuseur (s)                  |

### PRINCIPE DE REFERENCE D'UNE CURE COMPLETE



(\*) Chiffre indiquant le nombre de perfusions par jour

(n) Chiffre indiquant le nombre de perfuseurs de



Les implantations de cathéters à chambre implantable nécessitent en dehors des périodes de cure, des héparinisations périodiques à la fréquentation moyenne de deux par mois.

Ces héparinisations peuvent être pratiquées à l'aide du matériel présent dans le set de soins *SCH 12*, spécialement prévu à cet effet.

Les sets SCH 12, produits de consommation réduite, peuvent être livrés franco de port lorsqu'ils sont à l'intérieur d'un carton associé à *au moins une semaine de cure*.

# TARIF

Les produits proposés par *LABODIAL s.a* présentent tous des compositions en conformité avec celles déterminées par les principales équipes soignantes, les *Membres de l'AFLM*, et le *Ministère de la Santé*.

Il est possible que les compositions qui ont été retenues comme "solution standard" ne soient pas exactement en accord avec les pratiques de certaines équipes. Cependant, le choix des produits intégrés dans les Sets de Soins est prévu pour couvrir la majorité des besoins matériels et étudié pour respecter dans le cadre d'une pratique "à domicile" les conditions d'asepsie nécessaires à ce type d'actes.

Prix acceptés au remboursement par le TIPS :

| Prix de set            | Prix de vente unitaire TTC | Remboursement TIPS |
|------------------------|----------------------------|--------------------|
| SCH 11                 | 39,04 F.                   | 39,04 F.           |
| SCH 11 +               | 49,59 F.                   | 49,59 F.           |
| SCH 12                 | 26,16 F.                   | 26,16 F.           |
| SCH 12 +               | 37,77 F.                   | 37,77 F.           |
| SCH 14                 | 54,08 F.                   | 54,08 F.           |
| SCH 15                 | 79,46 F.                   | 79,46 F.           |
| SCH 16                 | 42,10 F.                   | 42,10 F.           |
| Perfuseur de précision | 26,10 F.                   | 26,10 F.           |

Ces prix sont la base de calcul pour déterminer le prix de vente *des jours de cure* tels que décrits précédemment.

# COMPOSITION ET FACTURATION

## D'UNE JOURNEE DE CURE

### - PRIX TTC -

### CHOIX DE PERFUSION

| Nombre de perfusions<br>par jour |                                         | Par pousse-seringue   |                      | Par perfuseur        |                      |
|----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                  |                                         | SCH 15                |                      | SCH 16               |                      |
|                                  |                                         | 2/jour                | 3/jour               | 2/jour               | 3/jour               |
| CHOIX<br>DE<br>LA<br>FONCTION    | Chambre<br>à<br>cathéter<br>implantable | SCH 11<br>sans Huber  | CH 2PS<br>197,96 F.  | CH 3PS<br>277,42 F.  | CH 2PP<br>123,21 F.  |
|                                  |                                         | SCH11 +<br>avec Huber | CH+ 2PS<br>208,51 F. | CH+ 3PS<br>287,94 F. | CH+ 3PP<br>175,89 F. |
|                                  | Cathéter<br>périphérique                | SCH 14                | KT 2PS<br>213,00 F.  | KT 3PS<br>292,46 F.  | KT 2PP<br>138,28 F.  |

PERFUSEUR DE PRECISION (150 ml) - L'unité :

26,10 F.

Les prix indiqués représentent le montant de la facturation du matériel de perfusion nécessaire pour une *journée de cure* d'antibiothérapie en fonction de la voie d'abord vasculaire, et de la technique de perfusion.

Il faut y ajouter, si besoin est, le prix du ou des perfuseur (s) de précision nécessaire (s) par jour de cure pour établir le montant de la facturation totale de la cure, à raison de 26,10 F. par perfuseur.

Calcul du montant pour une cure :

Prix du matériel pour une journée de cure (voir tableau ci-dessus) \_\_\_\_\_ Frs

Prix d'un perfuseur de précision : I nombre de perfuseur par jour \_\_\_\_\_ Frs

Total par jour de cure ..... \_\_\_\_\_ Frs

Durée de la cure en jours ..... \_\_\_\_\_ jours

MONTANT DE LA FACTURE \_\_\_\_\_ Frs

**LE MATERIEL SERA EXPEDIE FRANCO DE PORT POUR TOUTE  
COMMANDE EGALE OU SUPERIEURE  
A 2.000 F. TTC**

# ***CONDITIONS DE VENTE***

Les cartons seront expédiés par porteur spécial dès la réception au siège de *LABODIAL s.a.* d'une commande accompagnée :

1. d'un document certifiant de l'entente préalable,
2. d'un chèque du montant TTC correspondant à l'envoi. (le chèque ne sera encaissé que dans un délai de 30 jours suivant le jour d'expédition afin de permettre le remboursement préalable des familles).

Chaque expédition de Set de Soins sera accompagnée de la facture correspondante ou des vignettes du TIPS permettant le remboursement.