

CIRCULAIRE CIR-21/2022

Date :

18/07/2022

Domaine(s) :

Gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :

LPP - Titre II - Chapitres 6 et 7 -
Critères temporels de
renouvellement du grand
appareillage orthopédique et
règles générales de gestion des
DAP

Liens:**Liens externes :****Plan de classement :**

P10 GESTION DU RISQUE

Emetteur(s) :

DDGOS / DDO

Pièces jointes : 0**à Mesdames et Messieurs les :**

Directeurs ☒ | CPAM ☒ CGSS ☒ CSS Mayotte ☒

Médecins conseil ☒ | Régionaux ☒ Chef de service ☒

Pour mise en œuvre immédiate**Résumé :**

Mise à jour le 18 juillet 2023.

Le renouvellement de la prise en charge de certaines orthoprothèses et podo-orthèses inscrites à la LPP ne fait pas toujours l'objet de critères précis dans la réglementation. La présente circulaire a pour finalité de suppléer à cette lacune. Les règles qu'elle définit procèdent d'une étroite concertation entre la CNAM et les syndicats professionnels, en application de l'article 22 de la convention du 19 avril 2019 régissant les relations entre l'UNCAM et les professions de l'appareillage. En outre, ces travaux ont permis de clarifier certaines modalités présidant au traitement des DAP. Des recommandations à cet égard complètent cette circulaire.

Mots clés :

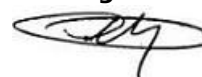
LPP ; grand appareillage orthopédique ; orthoprothèse ; podo-orthèse

**La Directrice Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation des Soins**



Marguerite CAZENEUVE

Le Directeur Délégué aux Opérations



Pierre PEIX

Objet : LPP – Titre II – Chapitres 6 et 7 – Critères temporels de renouvellement du grand appareillage orthopédique et règles générales de gestion des demandes d'accord préalable

Affaire suivie par :

Dr Sylvie TORRE – sylvie.torre@assurance-maladie.fr

Dr Pascale POITEAU - pascale.poiteau@assurance-maladie.fr

Frédéric GIRAUDET– frederic.giraudet@assurance-maladie.fr

L'article 22 de la convention nationale des professions de l'appareillage du 19 avril 2019, approuvée par arrêté du 2 octobre 2020 (JO du 9 octobre 2020), prévoit que les critères temporels de renouvellement des appareils de grand appareillage orthopédique sont déterminés par les partenaires conventionnels lorsqu'ils ne sont pas arrêtés par la réglementation en vigueur.

Ainsi, la Commission Paritaire Nationale (CPN) des professions de l'appareillage, réunie le 19 novembre 2020, a délégué à un groupe de travail la détermination de ces délais. Puis, elle a entériné la restitution de ces travaux durant sa séance du 9 février 2022.

La présente circulaire spécifie ainsi les règles temporelles qui conditionnent le renouvellement de certains appareils, afin d'harmoniser et sécuriser les pratiques professionnelles et l'examen des demandes d'accord préalable par les services locaux de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, afin d'accompagner les professionnels dans l'établissement des demandes d'accord préalable et les services locaux de l'Assurance Maladie dans le traitement des demandes de prise en charge d'appareillage, la présente circulaire définit des règles générales de gestion des dossiers que les textes normatifs ne précisent pas.

1° Critères temporels de renouvellement des appareils

	Renouvellement
1.1 – Prothèses de membre inférieur	CIF d 4600 + d 4601 : tous les 5 ans. CIF d 4602 : tous les 4 ans. CIF d 4608 : tous les 3 ans. Prothèses de seconde mise : renouvellement identique à celui de la 1^{ère} mise (sauf réévaluation du MPR en fonction de la classification de la CIF). Prothèses de secours : renouvellement tous les 5 ans en cas d'usure constatée par le prescripteur.
1.2 – Prothèses de membre supérieur	Renouvellement tous les 3 ans après la mise à disposition. Possibilité d'un renouvellement anticipé, avant l'échéance des 3 ans si l'appareil est hors d'usage et non réparable. Revêtement esthétique : le renouvellement d'un revêtement esthétique de main ou de doigt(s) de série doit être prévu 4 à 5 fois par an.
1.3 – Corsets-sièges, Matelas, coquilles moulés, coquilles de verticalisation	Sur prescription médicale, la prise en charge de ces appareillages est assurée : pour les patients de moins de 18 ans : en fonction de la croissance, pour les patients de 18 ans et plus : dans la limite d'une attribution tous les 3 ans. Tout renouvellement anticipé doit être conforme aux dispositions de l'art. R165-24 CSS. Les mousses et les housses d'assises et de dossiers peuvent être renouvelées tous les ans.
1.4 – Corsets de traitement	En fonction de l'évolution de la pathologie et de la croissance.
1.5 – Orthèses statiques de posture de membre inférieur pour adultes	En règle générale, tous les 3 ans.
1.6 – Manchons / gaines de suspensions / bonnets pour le membre inférieur	2 manchons par prothèse par an. Renouvellement au bout de 6 mois, ce qui implique : - 4 manchons maximum par an, donc deux par prothèse par an, - 4 gaines de suspension par an, - 8 bonnets ou gaines au choix par an. Des situations particulières rendent nécessaire la prise en charge d'un manchon supplémentaire par semestre, notamment : - l'usure prématurée du manchon hors garantie, - des modifications morphologiques. Le motif du renouvellement doit être précisé et motivé par le prescripteur.
1.7 – Manchons / gaines de suspensions / bonnets pour le membre supérieur	1 manchon par prothèse. Renouvellement des manchons tous les 6 mois : - 2 manchons par an et par prothèse, - 4 gaines de suspension, - 4 bonnets ou gaines par an.

1.8 – Appareil podo-jambier	Annuel
------------------------------------	--------

1.9 – Critères soumis à une évaluation préalable

La fréquence de renouvellement n'a pas pu être arrêtée pour certains types d'orthoprothèses. Les membres de la CPN ont donc décidé qu'une évaluation de 6 mois sera initiée pour les appareillages relevant des catégories suivantes :

- orthèses de marche,
- orthèses de membre supérieur,
- corsets de maintien.

Les orthoprothésistes établiront les demandes de renouvellement sur la base de prescriptions médicales détaillant les motifs de renouvellement, l'usure étant fonction de la pathologie et de l'usage fait par le patient. Les critères CIF, notamment pour les orthèses de marche, ne seront pas exigés des prescripteurs mais les motifs devront être explicites afin que le Service Médical puisse émettre ses avis.

Les résultats de l'évaluation seront présentés aux représentants de la profession en CPN pour déterminer les critères temporels devant être retenus et faire l'objet de nouvelles instructions.

Les modalités concrètes d'évaluation feront l'objet d'une prochaine lettre réseau.

2° Règles générales de gestion des demandes d'appareillage

2.1 – Règles de prescription

• Primo-prescription des chaussures orthopédiques

L'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2012, publié au Journal Officiel du 8 août 2012, dispose que la primo-prescription médicale des chaussures orthopédiques ne peut être établie que par un professionnel spécialisé en médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie.

Par ailleurs, la nomenclature de la section 1 du chapitre 6 de la LPP relatif aux podo-orthèses prévoit que « la prise en charge est assurée pour deux paires de chaussures orthopédiques (...) lors de la première attribution, en respectant un délai minimal de trois mois entre la date de mise à disposition au patient de la première paire (...) et la prescription médicale de la deuxième paire ».

- ☞ La restriction relative à la qualité du prescripteur n'est imposée que pour la première paire délivrée la première année. La seconde, remise au moins 3 mois plus tard, peut être prescrite par un médecin généraliste.

• Prescription des moulages de podo-orthèses

Seule la primo-prescription est réservée à certains spécialistes, qu'il s'agisse des podo-orthèses ou des moulages nécessaires à la réalisation de celles-ci.

- ☞ A l'occasion des renouvellements annuels, les médecins généralistes sont habilités à prescrire une podo-orthèse avec un moulage pour modification morphologique.

Cette nouvelle podo-orthèse sera toutefois considérée comme une 1^{ère} mise (administrative).

- **Prescription au titre de l'article R165-25 du code de la Sécurité Sociale**

L'article R165-25 CSS prévoit que les organismes d'assurance maladie peuvent prendre en charge un dispositif médical « 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 » à la LPP.

- ➞ Il importe de considérer que les dispositifs médicaux répondant aux critères définis par cette disposition mais relevant d'une catégorie de dispositifs répertoriée à la LPP doivent répondre aux mêmes conditions de prescription que ceux dont ils se rapprochaient par leur catégorie.

Ainsi, à titre illustratif, une orthoprothèse non inscrite à la LPP mais susceptible d'être prise en charge au titre de l'article R165-25 doit être prescrite selon les mêmes modalités qu'une orthoprothèse inscrite : en primo-prescription, elle doit être prescrite par un médecin appartenant à une des spécialités énumérées par l'arrêté du 31 juillet 2012 précité.

2.2 – Règles concernant les devis

- **Information du professionnel par l'Assurance Maladie**

L'article 20 de la convention précitée du 19 avril 2019 prévoit l'information du professionnel en cas de refus d'accord préalable : « *Quand l'organisme de prise en charge notifie à l'assuré (...) un refus après examen de la demande d'accord préalable, il en avise concomitamment le professionnel par courriel dès lors que celui-ci lui a communiqué son adresse électronique. A défaut, le refus est notifié par courrier postal* ».

Cette concomitance de la notification de l'assuré et de l'information du professionnel est rendue nécessaire dans le secteur du grand appareillage par le risque financier qu'encourt ce dernier si son patient ne l'avise pas du refus de l'Assurance Maladie et que, se fondant sur le principe de l'accord tacite sous 15 jours, il entreprend la réalisation de l'appareil.

- ➞ Il convient d'informer le professionnel de tout refus, total ou partiel, affectant le devis.

- **Gestion des composants non remboursables**

Dans le cas des orthoprothèses, lorsque l'appareillage prescrit comporte des éléments qui ne sont pas inscrits au chapitre 7 de la LPP, l'orthoprothésiste les spécifie dans son devis afin que le Service Médical puisse s'assurer que la prothèse est fonctionnelle, puis suivre le dossier patient.

En ce qui concerne la facturation, la Commission Paritaire Nationale a estimé nécessaire de considérer les éléments non remboursables comme des suppléments et donc les faire figurer sur les feuilles de soins.

- **Prise en charge de prothèse comportant des éléments non remboursables**
Un composant non inscrit à la LPP et donc non remboursable par l'Assurance Maladie n'exclut pas la prise en charge des autres éléments de la prothèse inscrits à la LPP.

2.3 – Tarification des envois postaux

Les conditions générales de prise en charge des podo-orthèses et des orthoprothèses aux chapitres 6 et 7 de la LPP prévoient que « *Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement des appareils inscrits à la nomenclature peuvent être pris en charge* ».

L'article 25 paragraphe 6 de la convention nationale des professions de l'appareillage du 19 avril 2019 dispose que « *les frais d'expédition de l'appareillage (...) sont pris en charge sur la base d'un forfait dont le montant est fixé par la Commission Paritaire Nationale mise en place par l'article 46 de la convention* ».

Durant sa séance du 9 février, la CPN a établi la tarification des envois postaux à **30 €**.

2.4 - Les orthèses de la marque Turtlebrace

Les orthèses de cheville de la marque Turtlebrace ont fait l'objet d'une évaluation par la CNEDIMTS en date du 7 février 2023 ; l'avis est consultable en ligne.

Cet avis conclut à un service attendu insuffisant.

En conséquence la prise en charge de ces orthèses n'est pas autorisée.

Par ailleurs il est précisé :

- Qu'il s'agit bien d'orthèses statique de série.
- Que le procédé de thermoformage utilisé n'est pas actuellement décrit à la LPP sous ligne générique.

En conséquence, l'inscription éventuelle sous lignes génériques de ces orthèses de série qui relèvent du petit appareillage, nécessitera une révision de la nomenclature.

2.5 – Prise en charge de réparations en cas de dégradations accidentelles

En cas d'accident endommageant un dispositif orthoprothétique mécatronique, les réparations ne sont pas nécessairement à la charge de l'Assurance Maladie.

Il appartient en premier lieu à la personne appareillée de solliciter son assurance personnelle afin de savoir si elle couvre ce risque. Si tel n'est pas le cas, l'assuré est appelé à se procurer auprès de son assurance personnelle une attestation de non prise en charge afin qu'il la transmette à sa caisse d'affiliation. Celle-ci peut alors procéder au remboursement de la réparation au vu de cette attestation.