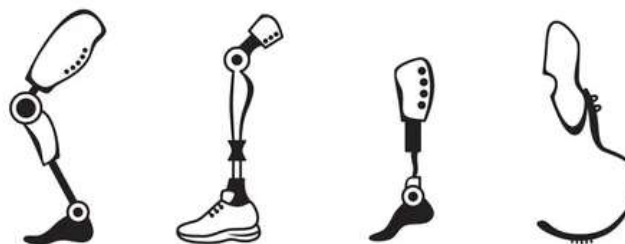




Grand appareillage



GRUPE
HOSPITALIER
DU HAVRE



Dr Armande THIBAUT
Service de MPR
GHH
28 janvier 2023

Quoi?

- Dispositifs médicaux tels que des orthèses, des prothèses....
- Aides techniques sophistiquées (commande d'environnement, véhicules adaptés...)
- Appareillage sur mesure
- Ces appareils sont inscrits à la LPPR et peuvent être pris en charge à 100 %.

Petit appareillage

- Dispositif médical le plus souvent de série
- Sur ordonnance simple
- Remboursement 60% de la base de remboursement LPPR

Prix libre

- Ortho-prothésiste / podo-orthésiste / pharmacie



Grand appareillage : qui prescrit?

- Prescription initiale :

- médecine physique et de réadaptation,
- orthopédie,
- rhumatologie,
- neurochirurgie,
- neurologie,
- endocrinologie,
- chirurgie plastique et reconstructrice,
- chirurgie vasculaire,
- pédiatrie,
- dermatologie
- gériatrie.

en établissement de santé

- Renouvellement : MT / spécialiste
- Possibilité de PMT
- Remboursement :
 - 60% si pas d'ALD
 - 100% si ALD

Cor

- Formulaire
- Demande
- Délai SS 1

cerfa prescription médicale pour grand appareillage
(articles R. 163-1, R. 165-26 et R. 165-29 du Code de la sécurité sociale)
 article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

n° 12042*01 **VOLET 1**
 à conserver par l'assuré

partie à compléter par l'assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage** (du type "nom et prénom" enregistrement complet par le médecin)
 nom et prénom _____
 nom de famille (de naissance, avec ou sans épouse (écrite/écrite) et/ou laq) _____
 numéro d'identification _____ nom et n° de centre de paiement ou de la caisse
 mutualitaire (pour les retraités) ou nom et n° de
 l'organisme (vétérinaire) pour les non retraités
 date de naissance _____

adresse _____

• **interdit(e) si compte et la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e)**
 nom et prénom _____
 nom de famille (de naissance, avec ou sans épouse (écrite/écrite) et/ou laq) _____
 numéro d'identification _____

• **en cas d'hospitalisation en cours**
 date d'entrée _____ service _____

• **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**
 oui date _____ non

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soigner les cases 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 1)

• **conditions de prise en charge de l'appareillage**
 maladie soins en rapport avec une ALD oui non soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L. 212-1) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date _____ nature

• **type d'appareil**

prothèse membre supérieur prothèse membre inférieur
 orthèse membre supérieur orthèse membre inférieur orthèse tout
 prothèse oculaire et transilicite prothèse auditives appareil orthopédique ou dentaire (art. R. 165-25 du Code de la Sécurité sociale)

• **nature de l'appareil**
 utilisé provisoire successivement répétitive

• **descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____	nom sociale _____
adresse _____	adresse _____
identifiant _____	n° structure (art. 212-1-1) _____

Date _____ signature _____

Questionnaire et formulaire de demande de prise en charge des dépenses de prothèses dentaires, d'orthèses et/ou d'appareillement
 (articles L. 212-1 à L. 212-1, 423-10, 443-1 et suivants du Code pénal, article L. 214-1-1 du Code de la Sécurité sociale)
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux données personnelles
 détenues par cet organisme. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, ainsi qu'un droit d'opposition pour les données non nécessaires.

S 3135 b

cerfa prescription médicale pour grand appareillage
(articles R. 163-1, R. 165-26 et R. 165-29 du Code de la sécurité sociale)
 article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

n° 12042*02 **VOLET 3**
 destiné à l'organisme d'assurance maladie
(certificat médical)

partie à compléter par l'assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage** (du type "nom et prénom" enregistrement complet par le médecin)
 nom et prénom _____
 nom de famille (de naissance, avec ou sans épouse (écrite/écrite) et/ou laq) _____
 numéro d'identification _____ nom et n° de centre de paiement ou de la caisse
 mutualitaire (pour les retraités) ou nom et n° de
 l'organisme (vétérinaire) pour les non retraités
 date de naissance _____

adresse _____

• **interdit(e) si compte et la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e)**
 nom et prénom _____
 nom de famille (de naissance, avec ou sans épouse (écrite/écrite) et/ou laq) _____
 numéro d'identification _____

• **en cas d'hospitalisation en cours**
 date d'entrée _____ service _____

• **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**
 oui date _____ non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____	nom sociale _____
adresse _____	adresse _____
identifiant _____	n° structure (art. 212-1-1) _____

Date _____ signature _____

Questionnaire et formulaire de demande de prise en charge des dépenses de prothèses dentaires, d'orthèses et/ou d'appareillement
 (articles L. 212-1 à L. 212-1, 423-10, 443-1 et suivants du Code pénal, article L. 214-1-1 du Code de la Sécurité sociale)
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux données personnelles
 détenues par cet organisme. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, ainsi qu'un droit d'opposition pour les données non nécessaires.

S 3135 b

Qui fabrique?

Podo-orthésistes



Ortho-prothésistes



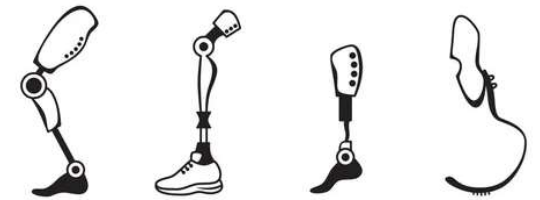
Moulage / prise d'empreinte



Focus

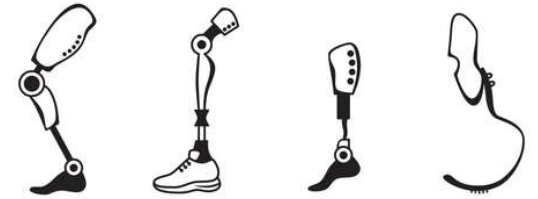
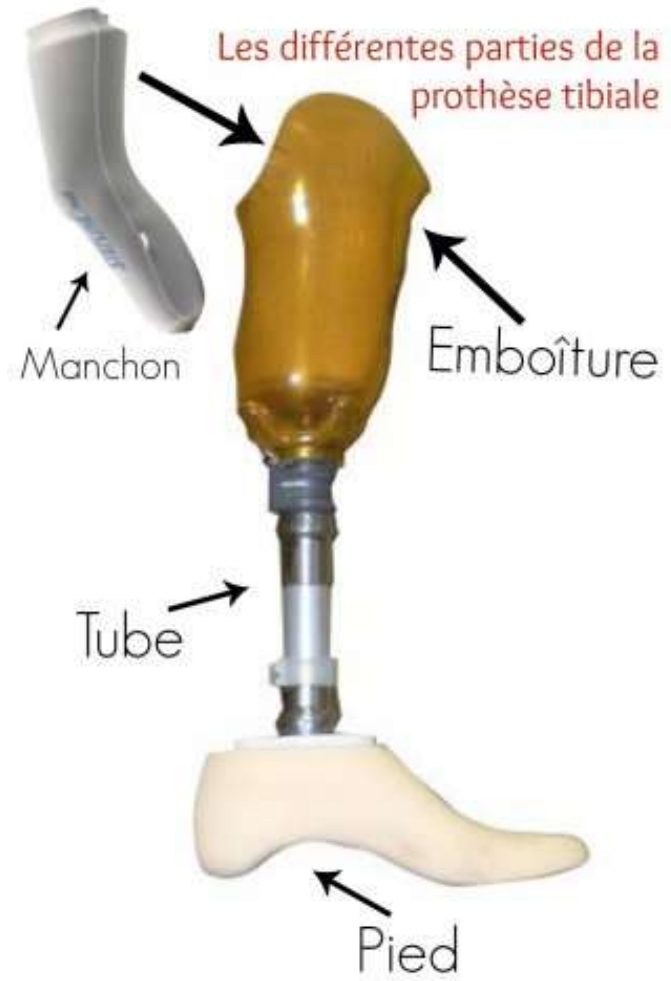
- Prothèses de membre inférieur
- Chaussures orthopédiques
- Fauteuils roulants

Prothèses MI

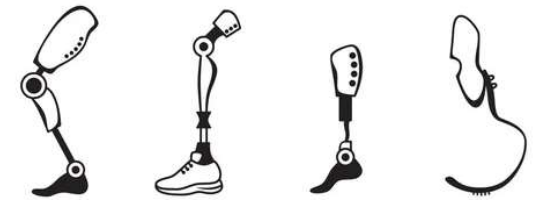


- Incidence : pas de donnée récente
+/-8000 nouveau cas / an en France
- Prévalence : +/- 90 000 patients en France
- 70% : étiologie vasculaire

Prothèses MI



Prothèses MI



- 1 à 2 mises à domicile
- Renouvellement :
 - Prothèse complète : tous les 3 à 5 ans
 - Renouvellement d'emboîture
 - Manchon : 2 manchons par prothèse et par an.
 - Gaines et bonnets : 8 par an
 - Enfants : selon croissance

Si plaie : arrêt du port de la prothèse

Surveillance +++

Patients non appareillables

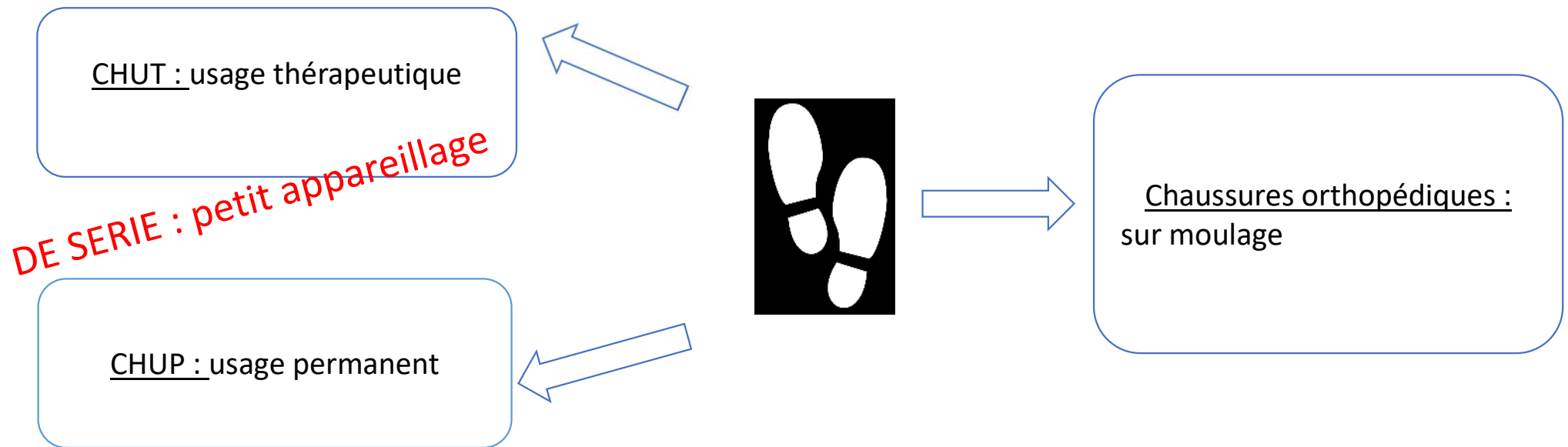
Prothèse de sport



Chaussures orthopédiques



Chaussures orthopédiques



Chaussures orthopédiques



CHUT : usage temporaire / thérapeutique

Décharge avant pied

Décharge talonnière

Augmentation de volume de l'avant pied

- Prise en charge à l'unité
- Pas de notion de renouvellement
- Garantie 3 mois

- Tarifs libres
- Remboursement 30,49€



Chaussures orthopédiques



- CHUP :
- « chaussure thérapeutique de série destinée aux patients dont les anomalies constatées au niveau du pied demandent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure »
- Une paire par an
- Tarifs libres
- Remboursement 71,65 €

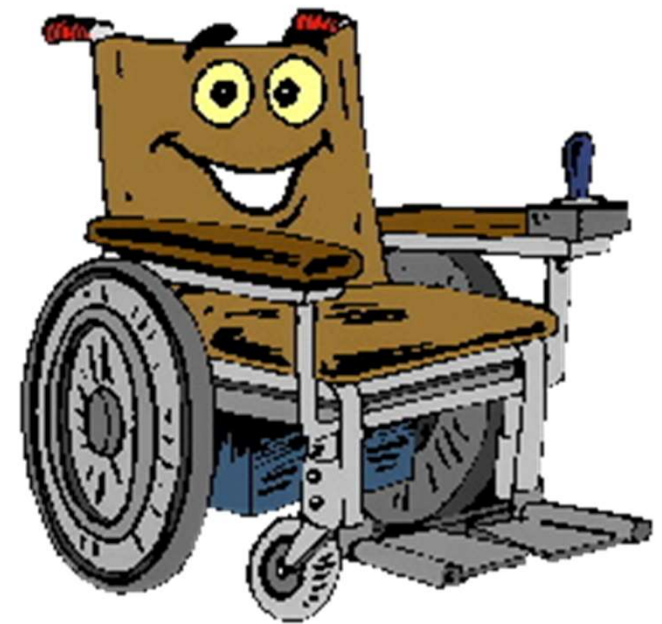
Chaussures orthopédiques



- Sur moulage par podo-orthésiste
- 2 paires la première année (délai de 3 mois d'essayage)
 puis renouvellement possible 1 fois par an / non systématique
- Si identique : MT
- Si modification architecture /besoin : réévaluer par spécialiste

- Indications : ILMI>20mm ; varus équin fixé ; instabilité du tarse et de la cheville ; pieds diabétiques de grade 3...

Fauteuil roulant

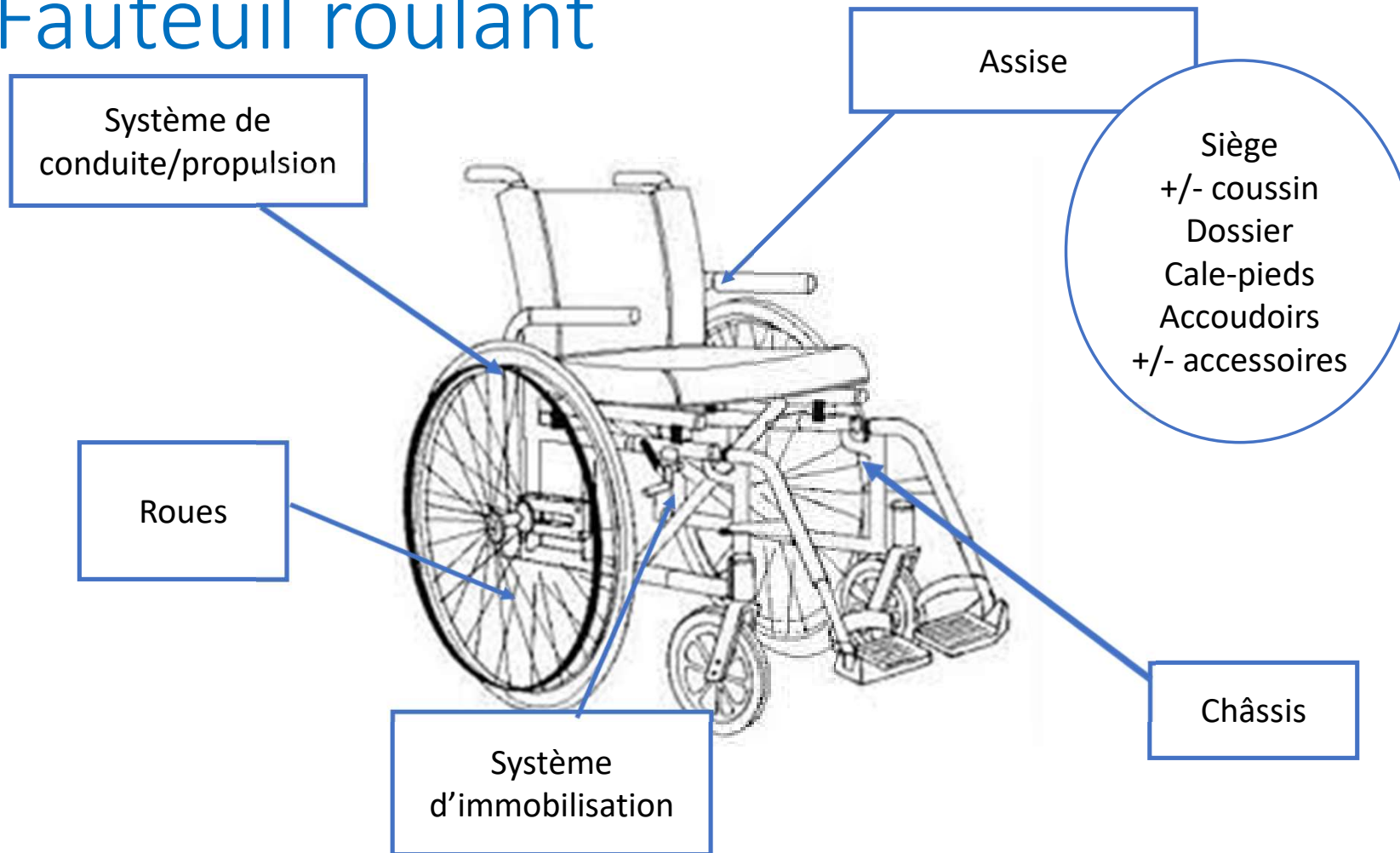


Fauteuil roulant

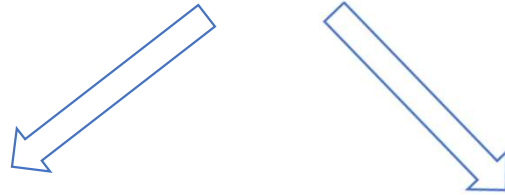


- Aide technique qui compense l'incapacité de marcher
 - => déficience motrice
 - => pathologie avec retentissement sur la capacité de marche
- Objectifs : indépendance/autonomie : vie sociale, familiale, professionnelle, scolaire, loisirs...
- PM personnalisée ; essais ; choix

Fauteuil roulant



Fauteuil roulant : critères de choix



UTILISATEUR

- Déficience
- Morphologie
- Capacités fonctionnelles résiduelles
- Degrés d'indépendance
- Entourage
- Age
-

CONDITIONS D'UTILISATION

- Mode de vie /habitat
- Distances à parcourir
- Obstacles/architectures
- Assistances / AT / TP
- Transports

Fauteuil roulant

Manuel

Achat / location

Tout médecin



Electrique

Achat

Evaluation et essais devant une équipe
de rééducation

Médecin de MPR



Assise complexe / plaies / escarres
=> évaluation par ergothérapeute + médecin MPR

FRE

=> pour toute personne dans l'impossibilité de propulser elle-même un FRM en raison de leur déficience ou de leur environnement

- Adéquation FR-situation de handicap
- Capacités cognitives assurant la maîtrise du FRE
- Caractéristiques du FRE

Conclusion

- Grand appareillage = prescription limitée / adaptée / évolutive
- Projet de vie du patient
- Surveillance
- Avis de MPR

