

**COMMISSION PARITAIRE REGIONALE
DES PRESTATAIRES DELIVRANT DES PRODUITS ET PRESTATIONS INSCRITS
AUX TITRES I ET IV ET AU CHAPITRE 4 DU TITRE II DE LA LPP DU GRAND EST**

8 OCTOBRE 2025 À 14H



**Direction coordination
de la gestion du risque
du Grand Est**

01.

VALIDATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 9 OCTOBRE 2024

02.

ALTERNANCE DE LA PRÉSIDENCE DE LA CPR

2. ALTERNANCE DE LA PRÉSIDENTE

➤ **Présidents de section**

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres :

- Section professionnelle : Cyril LEBEGUE (UPSADI)
- Section sociale : Jacky FREYSS (CPAM 68)

➤ **Présidence de la commission**

Le Président de la section professionnelle et celui de la section de l'Assurance Maladie assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

➔ **La présidence de commission est donc assurée pour l'année 2025 par :**
le président de la section professionnelle ➔ Monsieur Lebegue

03.

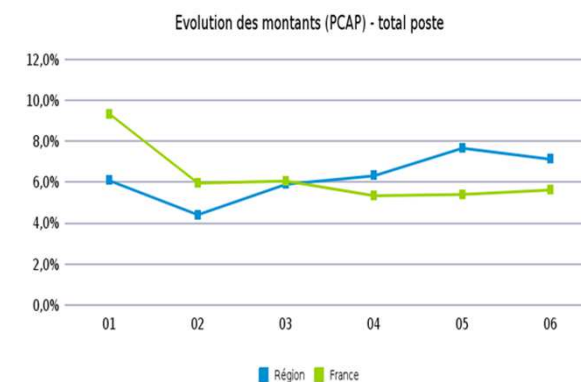
POINT SUR LES DÉPENSES

3. POINT SUR LES DÉPENSES – JANVIER – JUIN 2025 VS 2024

Montants des prestations en base de remboursement (hors dépassements)

Postes de dépenses	RG		MSA		TOTAL GE		Evolutions France
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	
TOTAL	203 798 516	7,6%	9 522 206	4,5%	221 706 784	7,1%	5,6%
LPP Titre I	193 340 483	7,5%	9 122 597	5,3%	210 484 746	7,0%	5,9%
Appareillage assistance respiratoire	111 999 993	9,1%	5 384 702	5,7%	122 624 495	8,5%	4,2%
Autres accessoires traitement à domicile	46 017 965	4,3%	2 195 706	3,1%	49 720 336	3,9%	10,5%
Matériels & appareils de traitements divers	32 193 198	7,0%	1 433 342	10,3%	34 750 934	7,2%	4,0%
Pansements	1 767 269	0,0%	70 103	-15,4%	1 897 937	-1,4%	0,0%
Appareil générateur d'aérosol	799 881	-2,1%	22 166	2,4%	881 971	-2,6%	-8,8%
Matériels & appareils de contention	562 177	17,4%	16 579	-46,6%	609 073	15,6%	4,5%
LPP Titre II	5 728 682	14,4%	203 031	4,7%	6 094 565	13,5%	-0,5%
Orthèses	2 756 779	29,8%	117 333	31,9%	2 980 544	28,7%	4,8%
Orthoprothèse	2 126 675	-4,5%	61 262	-8,0%	2 226 258	-5,1%	-21,1%
Prothèses oculaires et faciales	380 536	90,9%		-100,0%	380 536	83,8%	73,7%
Appareils de surdité	233 142	-4,4%	16 548	-22,4%	259 766	-4,2%	-13,8%
Prothèses externes non orthopédiques	199 512	8,4%	7 886	-6,6%	214 358	8,0%	12,2%
Podo orthèse	30 850	8,3%		-100,0%	31 913	5,5%	-3,6%
Optique	1 188	-64,3%	1	-30,8%	1 190	-65,2%	-25,3%
LPP Titre III	1 235	100,0%			1 235	100,0%	-2,3%
Prothèses internes inertes	1 235	100,0%			1 235	100,0%	-2,3%
LPP Titre IV	4 728 116	4,7%	196 578	-24,3%	5 126 238	3,1%	1,7%
Véhicule pour handicapés	4 695 006	4,2%	194 741	-24,5%	5 090 923	2,6%	1,5%
Autres frais LPP	33 110	291,5%	1 837	5,2%	35 315	240,7%	39,5%

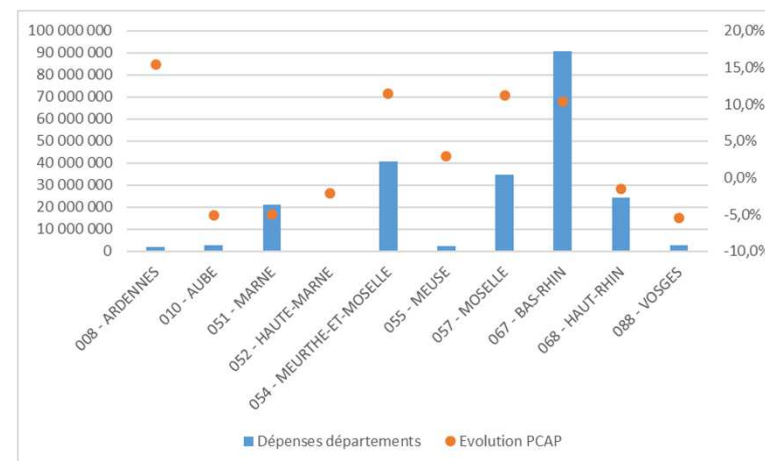
➤ Le titre I représente 95 % de la dépense



3. RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR DÉPARTEMENTS – JANV – JUIN 2025 VS 2024

Montants totaux des postes de dépenses* en base de remboursement (hors dépassements)

Postes de dépenses	RG		MSA		TOTAL	
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions
FRANCE	2 425 533 334	5,8%	122 147 096	3,0%	2 609 543 871	5,6%
GRAND-EST	203 798 516	7,6%	9 522 206	4,5%	221 706 784	7,1%
008 - ARDENNES	1 736 229	17,3%	1 14 150	-3,9%	1 900 297	15,5%
010 - AUBE	2 591 614	-5,4%	259 523	-0,4%	2 906 206	-5,1%
051 - MARNE	18 842 277	-4,6%	1 608 500	-8,7%	21 104 629	-4,9%
052 - HAUTE-MARNE	461 749	-2,9%	75 276	-2,2%	556 076	-2,0%
054 - MEURTHE-ET-MOSELLE	37 031 888	12,0%	1 618 343	12,1%	40 542 273	11,4%
055 - MEUSE	1 901 407	3,8%	203 827	-4,7%	2 184 578	3,0%
057 - MOSELLE	31 332 575	12,5%	1 091 935	0,9%	34 924 179	11,2%
067 - BAS-RHIN	84 651 201	10,7%	3 466 598	12,0%	90 590 013	10,4%
068 - HAUT-RHIN	22 693 818	-1,7%	932 712	2,3%	24 230 054	-1,6%
088 - VOSGES	2 555 758	-6,1%	151 341	0,3%	2 768 480	-5,4%



04.

POINT SUR LA TÉLÉTRANSMISSION ET SCOR

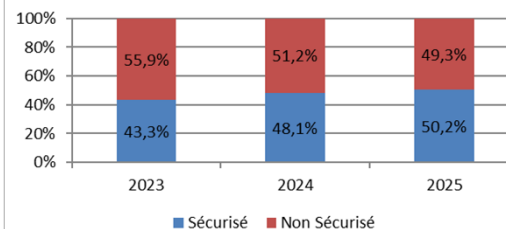
4. POINT SUR LA TÉLÉTRANSMISSION

Taux de télétransmission des fournisseurs du TITRE I, TITRE II, CHAPITRE 4, titre IV du Grand Est par département et type de flux de janvier à fin août 2025

Bénéficiaires du Grand Est au Régime Général - Érasme Régional

Départements	Nombre de flux			Taux de télétransmission		
	Sécurisé	Non sécurisé	Total	Sécurisé	Non sécurisé	Total
08	8561	14137	22794	37,6%	62,0%	99,6%
10	15189	14934	30937	49,1%	48,3%	97,4%
51	138981	105525	244973	56,7%	43,1%	99,8%
52	5595	2497	8282	67,6%	30,1%	97,7%
54	254111	197215	451942	56,2%	43,6%	99,9%
55	28611	2307	30976	92,4%	7,4%	99,8%
57	243112	217783	463372	52,5%	47,0%	99,5%
67	521066	510132	1038159	50,2%	49,1%	99,3%
68	69260	203583	275278	25,2%	74,0%	99,1%
88	18155	11125	29520	61,5%	37,7%	99,2%
Total	1 302 641	1 279 238	2 596 233	50,2%	49,3%	99,4%

Taux de télétransmission par type de flux de janvier à août de l'année n



4. POINT SUR SCOR- JUILLET 2025

	Nombre de prestataires utilisant SCOR	Nombre total de prestataires	Taux
Grand Est	165	169	97,63%
France entière	1894	1932	98,03%

05.

PRÉSENTATION DU MÉMO OXYGÉNOTHÉRAPIE

MEMO #4 - OXYGÉNOTHÉRAPIE

❖ **Objectif :** Rappel des règles de prescription d'oxygénothérapie

❖ **Professionnels concernés :**

- Médecins généralistes
- Pneumologue
- Pharmaciens d'officines
- Prestataires de service à domicile

Pour rappel :

Mémo #1 : Règles de prescription, de délivrance et de prise en charge des produits et prestations de la LPP

Mémo #2 : Appareil de neurostimulation électrique (antalgique et uro-génital)

Mémo #3 : Lits médicaux et matelas anti-escarre

❖ **Diffusion :** Envoi osmose le 18 septembre 2025

MÉMO #4
SEPTEMBRE 2025

OXYGÉNOTHÉRAPIE



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Ce mémo a été établi selon la réglementation en vigueur au 01/03/2025 : la nomenclature peut être consultée sur le site ameli.fr.

On différencie l'oxygénothérapie selon qu'elle concerne des patients qui sont ou non en situation d'hypoxémie. En présence d'hypoxémie, on différencie l'oxygénothérapie à long terme (OLT) (durée de prescription supérieure ou égale à 3 mois) pour les patients insuffisants respiratoires chroniques en état clinique stable, de l'oxygénothérapie à court terme (durée de prescription(s) cumulée(s) inférieure à 3 mois) pour les patients présentant une insuffisance respiratoire transitoire en état clinique instable. En l'absence d'hypoxémie, l'oxygénothérapie permet la prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie.

La prise en charge de l'oxygénothérapie est subordonnée au respect des indications et des modalités de prescription prévues à la LPP.

La prise en charge est assurée sur la base de **forfaits hebdomadaires calculés de date à date**.

En cas d'hospitalisation, la facturation doit être suspendue.

Les forfaits d'oxygénothérapie sont déclinés :

- selon le type de matériel prescrit
- le cas échéant, selon les autres traitements d'insuffisance respiratoire associés (ventilation assistée, pression positive continue (PPC), hyperinsufflation ou in-exsufflation, trachéotomie...).

Les consommables sont compris dans les forfaits, ils ne sont pas facturables en sus, il est recommandé de les remplacer :

Fréquence de renouvellement recommandée des consommables	Adulte et enfant > 6 ans	Enfant < 6 ans
Tubulure pour administration d'oxygène	Tous les 6 mois pour OLT ou durant la durée de traitement dans les autres cas	
Lunette à oxygène	2 lunettes par mois	2 lunettes par semaine
Masque à oxygène à moyenne concentration	2 masques par mois	4 masques par mois
Masque à oxygène à haute concentration	2 masques par mois	4 masques par mois
Masque pour patient trachéotomisé	4 masques par mois	
Masque à oxygène VENTURI	Usage exceptionnel	
Sonde nasale à oxygène	Usage exceptionnel en cas d'impossibilité d'utiliser un masque à haute concentration	
Cathéter transtrachéal à oxygène	Usage exceptionnel	

La prestation de l'oxygénothérapie est mise en œuvre conformément aux « **bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical** ».

OXYGÉNOTHÉRAPIE À COURT TERME (OCT) ET CAS PARTICULIERS

	Oxygénothérapie à court terme	Soins palliatifs ou fin de vie	Algie vasculaire de la face (AVF)
Indications	Insuffisance respiratoire transitoire en attendant la résolution de l'épisode d'insuffisance respiratoire ou le passage à l'oxygénothérapie à long terme	Dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie, dans le but de permettre le maintien à domicile	Traitement de l'algie vasculaire de la face
Qualité des prescripteurs	Prescription initiale et renouvellements : tout médecin		Prescription initiale et renouvellements : - Neurologue - ORL - Médecin exerçant dans une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle
Durée de prescription et renouvellement	Prescription initiale : 1 mois renouvelable 2 fois Au-delà de 3 mois de traitement : passage en OLT par demande d'entente préalable, prescription restreinte (cf chapitre « OLT ») <i>Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription</i>	Prescription initiale : 3 mois, renouvelable une fois après avis du spécialiste (pneumologue, oncologue, médecin de structure de soins palliatifs) Au-delà de 6 mois de traitement , passage en OLT par demande d'entente préalable, prescription restreinte (cf chapitre « OLT ») <i>Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription.</i>	Prescription (initiale et renouvellements) pour une durée de 3 mois, renouvelable une fois
Support de prescription	Ordonnance classique		
Contenu de la prescription	• Nature de la source d'oxygène : concentrateur fixe ou bouteilles d'oxygène gazeux. À la demande du prescripteur, fourniture d'une bouteille d'oxygène gazeux en tant que source de secours. • Nécessité éventuelle de fournir des bouteilles d'oxygène gazeux en tant que source mobile pour permettre la déambulation • Débit d'oxygène en L/min (source fixe et source mobile le cas échéant) • Durée d'administration quotidienne (Xh/24h) • Interface d'administration : lunettes ou masques • Accessoires, si nécessaire (ex: humidificateur)	• Débit d'oxygène en L/min • Durée d'administration quotidienne (Xh/24h) • Interface d'administration : lunettes ou masques • Accessoires, si nécessaire (ex: humidificateur)	• Débit d'oxygène en L/min ; • Durée d'administration • Interface d'administration : masque nasobuccal haute concentration <i>Remarque : le forfait de livraison à domicile prévu à la nomenclature doit être explicitement prescrit par le médecin.</i>

OXYGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME (OLT)

	OLT ≥ 15h/j sans déambulation ou <1h/j	OLT ≥ 15h/j avec déambulation >1h/j
Indications	En cas de BPCO ¹ : • soit PaO ₂ ² ≤ 55 mm de mercure (mm Hg) • soit PaO ₂ comprise entre 56 et 59 mm Hg, associée à un ou plusieurs éléments suivants : - une polyglobulie (hématocrite supérieur à 55 %) ; - des signes cliniques de cœur pulmonaire chronique ; - une hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 20 mm Hg) - une désaturation artérielle nocturne non apnéique (quelle que soit la PaCO ₂ ³) En dehors de la BPCO: PaO ₂ <60 mm Hg	
Conditions de prescription	Prescription initiale : 2 mesures des GDS ⁴ artériel en air ambiant, à au moins 15 jours d'intervalle, et 1 mesure des GDS artériel sous oxygène. Renouvellement : 1 mesure des GDS artériel (en air ambiant ou sous oxygène). <i>Remarque : en pédiatrie, la saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO₂) peut suffire à poser l'indication d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne.</i>	
Qualité des prescripteurs	• Pneumologue • Médecin d'un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose • Médecin d'un centre de compétences de l'hypertension artérielle pulmonaire • Pédiatre ayant une expertise en insuffisance respiratoire chronique de l'enfant. <i>En EHPAD, le renouvellement peut être fait par le médecin coordonnateur, après avis spécialisé.</i>	
Demande d'entente préalable (DEP) Durée de prescription et renouvellement	La prescription initiale et la DEP sont valables pour une durée de trois mois . Le renouvellement avec DEP est réalisé trois mois après la prescription initiale puis chaque année . <i>Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription</i>	
Support de prescription	Ordonnance classique (exemple de prescription cliquer ici) + Demande d'entente préalable (exemple cliquer ici)	
Contenu de la prescription	• Nature de la source fixe d'oxygène : concentrateur (si débit <9L/min) ou oxygène liquide (si débit >9L/min) • Débit d'oxygène au repos en L/min • Durée d'administration quotidienne (Kh/24h) • Interface d'administration (masque, lunette) • Accessoires , si nécessaire (ex : humidificateur) • Sur prescription explicite : une bouteille d'oxygène gazeux de secours	• Nature de la source fixe d'oxygène : concentrateur ou oxygène liquide • Débit d'oxygène au repos en L/min • Durée d'administration quotidienne pour chaque source prescrite (fixe, mobile) • Nature de la source mobile d'oxygène : concentrateur mobile, bouteilles d'oxygène gazeux, compresseur pour le remplissage de bouteilles d'oxygène gazeux ou oxygène liquide • Mode d'administration de la source mobile , continu (si débit < 3L/min) ou pulsé, son débit ou son réglage, et sa portabilité (en bandoulière ou sur chariot) • Interface d'administration (masque, lunette) • Accessoires , si nécessaire (ex: humidificateur) • Sur prescription explicite : une bouteille d'oxygène gazeux de secours

¹ BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
² PaO₂ : pression artérielle en oxygène
³ PaCO₂ : pression artérielle en dioxyde de carbone
⁴ GDS : gaz du sang

OXYGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME (Suite)

	OLT déambulation exclusive
Indications	Patients insuffisants respiratoires ne relevant pas de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne et ayant une désaturation à l'effort. La désaturation à l'effort est définie lors d'un test de marche de 6 minutes ou lors d'une épreuve fonctionnelle d'exercice : • soit par PaO ₂ < 60 mm Hg ; • soit par une diminution de la saturation artérielle en oxygène par mesure percutanée (SpO ₂ ¹). La SpO ₂ à l'effort doit être diminuée de 5 % au moins, par rapport à la valeur au repos, et doit atteindre une valeur en dessous de 90 %. <i>Si ces critères ne sont pas respectés, l'oxygénothérapie de déambulation exclusive n'a pas d'indication, notamment chez les patients atteints de BPCO, sauf en cas de réentraînement musculaire à l'exercice (stage initial de réhabilitation respiratoire)</i>
Conditions de prescription	Test de marche de 6 minutes ou épreuve fonctionnelle d'exercice, en air ambiant et sous oxygène
Qualité des prescripteurs	• Pneumologue • Médecin d'un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose • Médecin d'un centre de compétences de l'hypertension artérielle pulmonaire • Pédiatre ayant une expertise en insuffisance respiratoire chronique de l'enfant <i>En EHPAD, le renouvellement peut être fait par le médecin coordonnateur, après avis spécialisé</i>
Demande d'entente préalable (DEP) Durée de prescription et renouvellement	La prescription initiale et la DEP sont valables pour une durée de trois mois . Le renouvellement avec DEP est réalisé trois mois après la prescription initiale puis chaque année . <i>Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription</i>
Support de prescription	Ordonnance classique (exemple de prescription cliquer ici) + Demande d'entente préalable (exemple cliquer ici)
Contenu de la prescription	• Nature de la source mobile d'oxygène : concentrateur mobile ou oxygène liquide, ou système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur • Mode d'administration de la source mobile, continu ou pulsé , son débit ou son réglage, et sa portabilité (en bandoulière ou sur chariot) • Interface d'administration • Accessoires le cas échéant • Sur prescription explicite : une bouteille d'oxygène gazeux de secours

¹ SpO₂ : saturation percutanée en oxygène

06.

NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES FAUTEUILS ROULANTS

NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE À PARTIR DU 01/12/2025

Arrêté du 6 février 2025 (JO du 07/02/2025) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

⇒ définit les spécificités techniques minimales auxquelles doivent se conformer les VHP/poussettes/scooter... et adjonctions pour chaque type de fauteuil inscrit à la LPP et les modalités de prise en charge

Décision du 28 mai 2025 (JO du 17/07/2025) fixant les prix de cession en euros HT, les tarifs de responsabilité et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et des prestations associées inscrits aux titres I et IV sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

⇒ tarifs applicables au 01/12/2025 pour FRM et FRE : achat et location

NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE À PARTIR DU 01/12/2025

La prise en charge d'un fauteuil roulant dépend des besoins du patient en matière de **compensation du handicap** :

- La **location courte durée** (LCD) : utilisation inférieure à 6 mois
- La **location longue durée** (LLD) : utilisation supérieure à 6 mois
- L'**achat d'un fauteuil roulant neuf** : prise en charge possible tous les 5 ans pour un adulte, tous les 3 ans pour un enfant

Les **options** afférentes aux fauteuils roulants sont prises en charge en intégralité à condition d'être prescrites par un professionnel de santé et de répondre à un besoin de compensation d'un handicap physique.

NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE À PARTIR DU 01/12/2025

CODE	DESIGNATION	Prix de cession en € HT au 1 ^{er} décembre 2025	Tarifs en € TTC au 1 ^{er} décembre 2025	PLV en € TTC au 1 ^{er} décembre 2025
4100001	VPH, Achat neuf, FMP, non-modulaire à propulsion manuelle ou à pousser	273,39	360,53	360,53
4100002	VPH, Achat neuf, FMPP, non-modulaire, assise rigide, à propulsion manuelle ou à pousser	629,00	780,17	780,17
4100003	VPH, Achat neuf, FRM, modulaire à propulsion manuelle ou à pousser	336,00	443,64	443,64
4100004	VPH, Achat neuf, FRMC, modulaire à propulsion manuelle multi-configurables	2 662,00	3 303,53	3 303,53
4100005	VPH, Achat neuf, FRMA, modulaire à propulsion manuelle actifs	5 050,00	6 276,00	6 276,00
4100006	VPH, Achat neuf, FRMS, modulaire à propulsion manuelle de sport	1 934,00	2 400,00	2 400,00
4100022	VPH, Achat neuf, FRMP, modulaire à propulsion manuelle ou à pousser multi-position	2 218,00	2 753,00	2 753,00
4100007	VPH, Achat neuf, FRMV, modulaire à propulsion manuelle de verticalisation	9 000,00	11 077,50	11 077,50
4100008	VPH, Achat neuf, FRE-A, modulaire à propulsion par moteur électrique - classe A	2 547,00	3 161,21	3 161,21

(extrait)

À compter du 1^{er} décembre 2025, tous les fauteuils roulants seront intégralement pris en charge par l'Assurance maladie

VHPE (VÉHICULE POUR HANDICAPÉ À PROPULSION ÉLECTRIQUE)

- Pour des personnes qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant manuel :
 - soit en raison de leur déficience,
 - soit en raison de leur situation environnementale,et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant électrique
- Prise en charge subordonnée à l'étude par le service médical de :
 - la prescription médicale,
 - la demande d'entente préalable et / ou devis,
 - la grille d'essai réalisée par une équipe multidisciplinaire (médecin MPR+ kiné ou ergo) pour la 1^{ère} attribution et le renouvellement si changement de catégorie de fauteuil.

VHPE (VÉHICULE POUR HANDICAPÉ À PROPULSION ÉLECTRIQUE)

Grille d'essai nécessaire à l'étude de la prise en charge

ATTESTATION D'ESSAI (destinée au Médecin Conseil)

FAUTEUIL ROULANT A PROPULSION PAR MOTEUR ELECTRIQUE
DISPOSITIF PAR PROPULSION ELECTRIQUE D'UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL,
ASSISTANCE ELECTRIQUE A LA PROPULSION
FAUTEUIL ROULANT VERTICALISATEURS ou DISPOSITIF ELECTRIQUE DE VERTICALISATION
SCOOTER ELECTRIQUE MODULAIRE
FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE MONTE-MARCHES

L'assuré(e) NOM, PRENOM :
(Suivi, s'il y a lieu du nom de d'épouse)

N° d'immatriculation :

Date de naissance :

Adresse :

Le bénéficiaire (S'il n'est pas l'assuré) ; NOM et PRENOM :

S'il d'un accident causé par un tiers, précisez la date :

 Pathologie et topographie del'atteinte :

Objet de la demande :

FAUTEUIL ROULANT A PROPULSION PAR MOTEUR ELECTRIQUE	FAUTEUIL ROULANT VERTICALISATEURS ou DISPOSITIF ELECTRIQUE DE VERTICALISATION
DISPOSITIF PAR PROPULSION ELECTRIQUE D'UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL	SCOOTER ELECTRIQUE MODULAIRE
ASSISTANCE ELECTRIQUE A LA PROPULSION	FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE MONTE-MARCHES

☐ 1^{ère} Attribution

☐ Renouvellement

☐ Année dernière attribution :

Quels sont les VHP pris en charge à la L.P.P.R. dont dispose actuellement le patient ?

RESTREINT

 Evolutivité de l'affection

☐ OUI
☐ NON

Dans le cas d'une pathologie évolutive et de la prescription d'un scooter, est-il envisagé d'avoir recours à un fauteuil électrique dans l'année qui suit ?

☐ OUI
☐ NON

 Incapacités

Peut-il faire quelques pas ?

Au domicile, répondre par oui ou non :

Avec aide, précisez laquelle : _____

A l'extérieur, répondre par oui ou non :

Avec aide, précisez laquelle : _____

Peut-il se propulser en fauteuil roulant manuel adapté ?

Au domicile, répondre par oui ou non :

A l'extérieur, répondre par oui ou non :

A-t-il des pathologies associées limitant ou contre indiquant (à préciser) la propulsion d'un fauteuil roulant manuel ?

☐ OUI
☐ NON

Si oui, lesquelles :

A-t-il un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire le dispositif ?

☐ OUI
☐ NON

A-t-il un équilibre suffisant pour maintenir la position assise sans aide technique à la posture ?

☐ OUI
☐ NON

Peut-il effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité ?

☐ OUI
☐ NON

A-t-il les capacités cognitives lui permettant de maîtriser la conduite du dispositif ?

☐ OUI
☐ NON

**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

VHPE (VÉHICULE POUR HANDICAPÉ À PROPULSION ÉLECTRIQUE)

Dans le cas d'un dispositif pour tierce personne, les capacités physique et cognitives de l'aidant permettent-elles d'assurer la parfaite maîtrise du dispositif ?

- ☐ OUI
☐ NON

🔧 Contraintes environnementales

Existe-t-il des contraintes environnementales justifiant un dispositif électrique ?

- ☐ OUI
☐ NON

Si oui, lesquelles

Les contraintes environnementales sont-elles compatibles avec l'utilisation du dispositif ?

- ☐ OUI
☐ NON

Dans le cas d'un dispositif pour tierce personne, la situation et l'environnement rendent-elles impossible de manière intermittente ou définitive, la propulsion par l'accompagnant ?

- ☐ OUI
☐ NON

Y a-t-il sur le lieu de vie des possibilités de stockage et de recharge du dispositif ?

- ☐ OUI
☐ NON

De longs trajets (urbains ou ruraux) sont-ils nécessaires à la réalisation du projet de vie de la personne ?

- ☐ OUI
☐ NON

Le dispositif est-il compatible avec le fauteuil roulant manuel sur lequel il sera adapté ?

- ☐ OUI
☐ NON

Le fauteuil nécessite-t-il des adaptations particulières ?

Type d'assise : _____ type de commande : _____
Lesquelles : _____

A compléter pour la verticalisation

Après élimination d'éventuelles contre-indications : cardio-vasculaires, cutanées, orthopédiques...

Le patient possède-t-il d'autres dispositifs de verticalisation ?

- ☐ OUI
☐ NON

Lesquelles :

Mode de propulsion :

- ☐ Manuel
☐ Electrique

Mode de verticalisation :

- ☐ Manuel
☐ Electrique
☐ Seul
☐ Par tierce personne

Si verticalisation électrique, quelles en sont les indications ?

07.

INFORMATION SUR LE PROJET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

La CNAM a entrepris la construction d'un projet de réorganisation visant à renforcer la capacité du service médical à porter ses missions et à en préserver la pérennité.

Ce projet vise à rapprocher le réseau des Directions Régionales du Service Médical et des CPAM, organismes relevant tous du service public de l'Assurance Maladie.

Cette nouvelle organisation vise à renforcer notre efficacité collective en intégrant les équipes du service médical au sein des CPAM.

Cette nouvelle organisation unifiée au sein des CPAM mise en œuvre le 1^{er} octobre doit permettre de renforcer les synergies médico-administratives, de médicaliser davantage nos programmes d'action et d'améliorer le service rendu aux assurés sociaux, aux professionnels de santé et aux entreprises.

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

Le service du contrôle médical continue à exister dans sa fonction et l'intégralité de ses missions demeure et celles-ci seront exercées au sein des caisses.

Une direction médicale est donc créée au sein de chaque caisse et sa responsabilité est confiée à un médecin-conseil directeur médical.

Un directeur médical régional est nommé au sein de la CPAM du Bas-Rhin et plus spécifiquement, de la direction de la coordination de la gestion du risque.

Pour les assurés sociaux, les professionnels de santé et l'ensemble des partenaires du territoire, la caisse sera donc l'unique interlocuteur en ce qui concerne le service public de l'Assurance Maladie, avec des équipes médicales et administratives en capacité de les accompagner de manière globale dans chaque département.

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

En tant que partenaire, vos correspondants poursuivent l'exercice de leurs missions au sein des caisses de la région et leurs coordonnées email et téléphoniques n'évoluent pas.

Les praticiens-conseils (médecin-conseil, pharmacien-conseil, chirurgien-dentiste-conseil) de l'Assurance Maladie restent vos interlocuteurs privilégiés sur toutes les situations d'ordre médicales.

08.

QUESTIONS ET INFORMATIONS DIVERSES

8. QUESTIONS ET INFORMATIONS

- Question de la profession
 - Échange à propos d'AMELI pro : accord de prise en charge initiaux et ou de renouvellement dans les cadre d'un F9ini ou F9 DAP