



# Autres frais et Appareillage

# Sommaire



**1. - Dispositifs Médicaux (DM)**

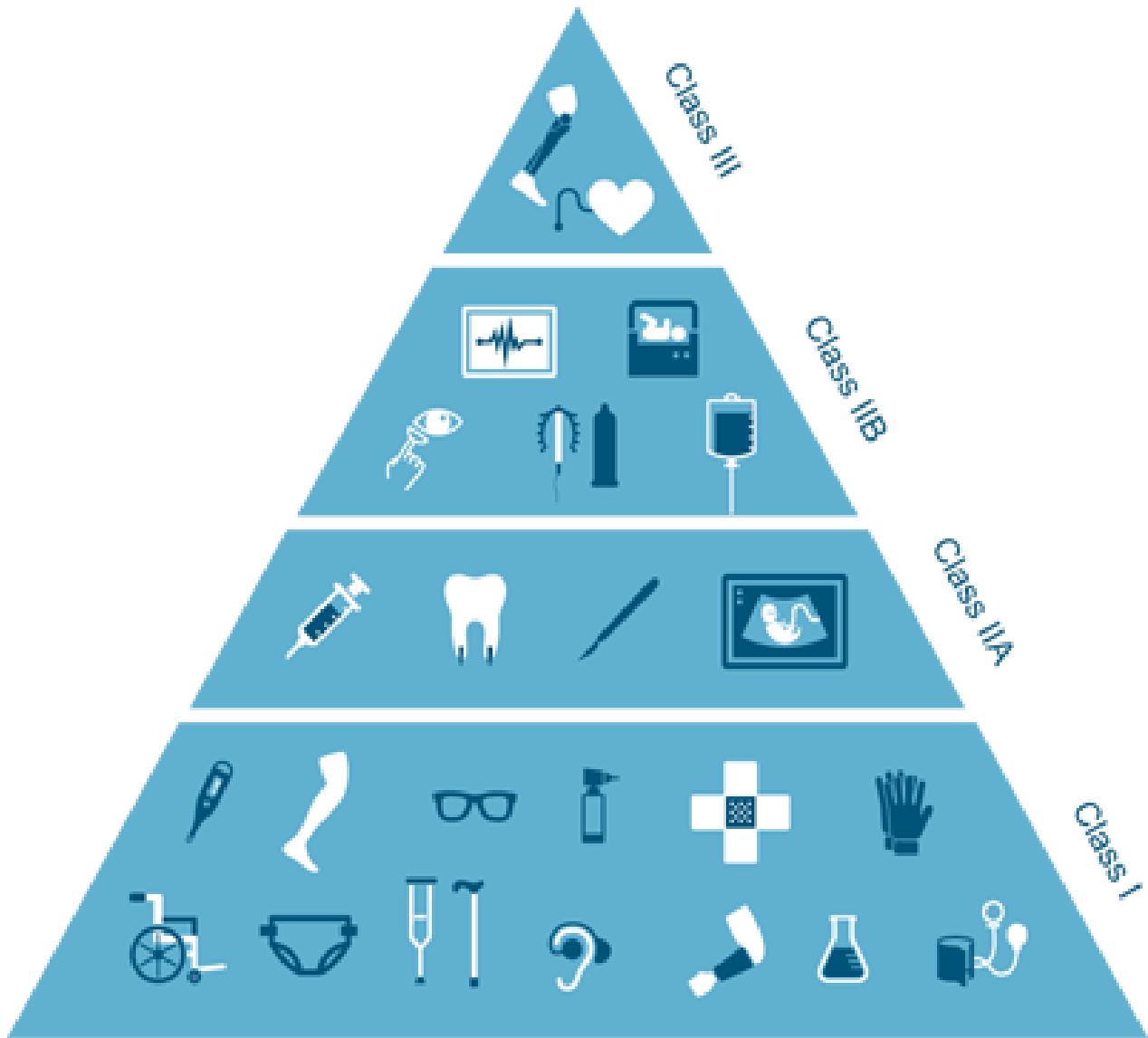
**2. - 100% Santé**

**3. - Frais de transport**

**4. - Cure thermale**



Risques élevés



Risques faibles

# Dispositifs médicaux

Définition :

L. 5211-1 Code de la santé publique

Conformité des dispositifs :

R. 5211-12 CSP



Exemples : pansement, seringue, prothèse, aide auditif, lit médical,...

# Inscription sur la liste des produits et prestations remboursables(1) (LPPR)

Inscription sur une ligne existante pour les produits "générique":

-par convention entre le fabricant et le Comité économique des produits de santé (CEPS)

-ou par décision du CEPS tout seul

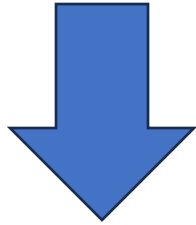
-> Inscription sur la LPPR



Prix de vente imposé et fixe  
=  
Prix responsabilité

# Inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (2) (LPPR)

Inscription d'un produit avec spécificité:  
-demande d'inscription "en nom de marque"



Pour avoir un tarif de remboursement supérieur

Prix au moins égal au prix de la LPPR, on parle donc de prix limite de vente (PLV)



Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

Évaluation clinique sur le **service attendu/rendu** (SA/SR) par la Commission nationale d'évaluation des DMs et des technologies de santé (CNEDiMTS) issue de la HAS qui se pose plusieurs questions sur le produit



Évaluation clinique de l'**amélioration du service attendu** (ASA) (hypothèses) **ou rendu** (ASR) (études) par le CNEDiMTS



Phase contradictoire entre le CNEDiMTS et le fabricant



CEPS négociation et conclusion des conventions avec le fabricant ou le distributeur pour déterminer le prix



# Taux de remboursement des dispositifs médicaux

	<b>Cas général Taux fixé par l'UNCAM</b>	<b>Personne en affection de longue durée</b>	<b>Femme enceinte à partir du sixième mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouche- ment</b>	<b>Régime local Alsace Moselle</b>
<b>Taux de remboursements des DM</b>	50 à 60%	100%	100%	90%

# Remboursement frais de transport

**Pour qui ? :**



Assuré

OU



Ayant droit

OU



accompagnateur

**Dans quels cas ?**

- ✓ 1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état
- ✓ 2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale

# Conditions du remboursement

**cerfa**  
n° 11574 \*0(.)

**Prescription médicale de transport**  
articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7, R. 160-16 et D. 162-17 II du Code de la sécurité sociale

Volet 2 à adresser à l'organisme pour remboursement avec les justificatifs nécessaires

**la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)**

• **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

nom et prénom  
numéro d'immatriculation  
date de naissance  
adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualité (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

nom et prénom  
numéro d'immatriculation

• Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non  oui  date de l'accident : \_\_\_\_\_

**la prescription médicale**

① **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)**

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - A.L.D. exonérante  A.L.D. non exonérante
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle  date de l'ATMP : \_\_\_\_\_

② **Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez l'elles cases correspondante(s)) :

- d'être en position allongée ou demi-assise  d'une surveillance par une personne qualifiée  d'administration d'oxygène
- d'un brancardage ou d'un portage  d'une asepsie rigoureuse
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)

L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case   
Un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case

- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre

si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ : domicile  - autre lieu : \_\_\_\_\_  
- structure de soins : \_\_\_\_\_

arrivée : domicile  - autre lieu : \_\_\_\_\_  
- structure de soins : \_\_\_\_\_

transport aller-retour  nombre de transports itératifs : \_\_\_\_\_

③ **Urgence :** appel du SAMU-centre 15  ou autres  (précisez) : \_\_\_\_\_

④ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui  non   
• Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui  non   
(article L. 212-4 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom  
raison sociale  
identifiant (n° RPS) \_\_\_\_\_  
adresse  
date \_\_\_\_\_ signature \_\_\_\_\_  
n° structure (AM, PESSON, RET) \_\_\_\_\_

**Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun**

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site "www.ameli.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

**VSL, taxi conventionné, ambulance** (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale \_\_\_\_\_ N° d'identification : \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature du transporteur \_\_\_\_\_

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).  
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-5, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

**S3138.**



**TAXI CAB RECEIPT**  
**(408)-111-1111**

DATE: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

FROM: \_\_\_\_\_

TO: \_\_\_\_\_

FARE: \$ \_\_\_\_\_

**RECEIVED WITH THANKS**



✓ Utilisation d'un transport moins onéreux que celui prescrit par le médecin : prise en charge admise



## Ambulance

- une déficience ou des incapacités obligatoirement allongée ou demi-assise,
- un transport avec surveillance ou nécessitant l'administration d'oxygène
- un transport avec brancardage ou portage
- un transport devant être réalisé dans des conditions aseptie



## Transport assis professionnalisé

- incapacité physique nécessitant une aide au déplacement
- Déficience intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène
- déficience nécessitant la prévention du risque par une désinfection rigoureuse
- en cas de risques d'effets secondaires pendant le transport.



## Autres transports

- transports en commun terrestres (bus, train autocar, ...)
- l'avion ou le bateau de ligne régulière

# Taux de remboursement des frais de transport

	Cas général fixation par l'UNCAM	Exceptions
Taux de remboursement des frais de transports	Entre 45% et 55% selon la loi  55% dans les faits suite à la fixation de l'UNCAM	100%

# Conditions de remboursement d'une cure thermale



Les prérequis à remplir pour bénéficier de la cure thermale :

- Prescription médicale obligatoire par un médecin ou un chirurgien-dentiste
- Elle doit figurer dans la liste des 12 cas d'affection
- L'établissement thermal doit être agréé et conventionné par l'Assurance Maladie.
- Durée minimale de 18 jours
- Une cure par an et par affection

# Taux de remboursement des cures thermales

## Article R322-10-5 CSS

	Taux de remboursemnt fixé par l'UNCAM	Taux de remboursemnt du régime local
Honoraires	70%	90%
Frais de transport et de séjour	65%	65%
Frais d'hydrothérapie	65%	90%